

SP 023

MÁRCIO HENRIQUE GROSS DGINKE**O IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA
SAÚDE DA FAMÍLIA MEDIDO PELO GRAU DE
SATISFAÇÃO: ESTUDO DE CASO EM SANTA ROSA DE
LIMA/SANTA CATARINA.**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.

FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA**2001**

MÁRCIO HENRIQUE GROSS DGINKE

**O IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA
SAÚDE DA FAMÍLIA MEDIDO PELO GRAU DE
SATISFAÇÃO: ESTUDO DE CASO EM SANTA ROSA DE
LIMA/SANTA CATARINA.**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.

Coordenador de Curso: Prof. Dr. Edson José Cardoso.
Orientador: Prof. Dr. Marco Aurélio Da Ros, PhD.
Co-orientador: Prof. Fúlvio Borges Nedel, MsC.

FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA

2001

**Este trabalho é dedicado
a meus pais,
minha companheira
e minha filha.**

AGRADECIMENTOS

Caso eu pudesse agradecer a todos que direta ou indiretamente ajudaram na conclusão deste trabalho, creio que teria que apresentar outro volume como o que segue.

Algumas pessoas são fundamentais que sejam citadas, entre elas:

- 1- Meu orientador e amigo Marco Aurélio da Ros, a quem se pode atribuir o meu despertar para a Saúde Pública.
- 2- Fúlvio Borges Nedel, aquele com quem empreguei horas a fio planejando modificar o Estado.
- 3- Carlos Joaquim V. Pinheiro, em lembrança dos incontáveis plantões na UTI do Hospital Florianópolis que compartilhamos, onde conheci a História de Santa Rosa de Lima. Um agradecimento extra pela hospedagem naquela agradável cidade.
- 4- Dr. Carlos Alberto Justo e Silva, em nome do Centro de Ciências da Saúde, que possibilitou minhas viagens.
- 5- Ao Dr. Marcelo Bianchini Teive, MSc, fundamental na versão para o inglês, atendendo com dedicação ao meu pedido feito em cima da hora.
- 6- Ao Fred, o Marcelo e o Wanderlei, que me locaram suas motocicletas que em muito adiantaram meu trabalho.
- 7- A todos que me ofereceram as caronas, convites para almoço e lanche em Santa Rosa de Lima, enfim, ao povo hospitaleiro de SRL.
- 8- A todos aqueles que porventura eu tenha esquecido no momento, mas que me arrependerei de não ter citado, um grande obrigado.

ÍNDICE

1 Introdução.....	2
2 Objetivo.....	5
3 Literatura.....	6
3.1 O Sistema Público de Saúde Anterior ao SUS.....	6
3.2 Marcos da Reforma Sanitária.....	7
3.3 A Reforma da Saúde	8
3.4 A reforma Incremental do SUS.....	11
3.5 O Programa Saúde da Família.....	14
3.6 O Programa Saúde da Família Atual.....	18
3.7 O PSF em SRL.....	20
4 Método.....	24
4.1 Ambiente.....	24
4.2 Procedimentos.....	25
4.2.1 Escolha do Grau de Satisfação.....	25
4.2.2 Reconhecimento de Campo.....	28
4.2.3 Definição da Amostra.....	29
4.2.4 Instrumento de Coleta de Dados.....	30
4.2.5 Busca Ativa ao Entrevistado.....	33
4.2.6 Tratamento Estatístico dos Dados.....	35
5 Resultados.....	38
5.1 Dados.....	38
5.2 Análise dos Dados.....	63
6 Discussão.....	73
7 Conclusões.....	83
8 Referências.....	88
9 Resumo.....	93

10 Summary.....94

11 Apêndice I: mapa (esboço) de SRL.....i

11 Apêndice II: Instrumento de Coleta de Dados.....ii

12 Anexo: Entrevista com o Sr, Secretário da Saúde de SRL.....xi

1 INTRODUÇÃO

Segundo Fiori (apud Burlandy, L e Bodstein, R¹) até a implantação do SUS, o Sistema de Saúde do Brasil tinha importantes características excludentes e discriminatórias à população, por amparar prioritariamente a manutenção da força de trabalho (Luz¹), logo, estando a serviço do Capital e da hegemonia institucional do Estado (Braga e Paula¹).

Em meados da década de 70 surgiu o Movimento Sanitarista que uniu dentro do campo da saúde os intelectuais com militância de esquerda—com forte filosofia marxista. Este grupo passou a combater o Estado Ditador e seu modelo de saúde imposto (Novaes¹).

O Movimento, ao identificar estes e outros problemas, propunha soluções mediante mudanças profundas na prática da saúde e na organização dos serviços e que foram parcialmente conquistadas após a redemocratização do país, com a implantação do modelo contra-hegemônico de saúde: a Reforma Sanitária. Esta esquerda logrou inserir constitucionalmente a saúde como um direito de cidadania. Imbuído deste espírito cidadão, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), cujos Princípios (igualdade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização, entre outros), o tornaram possivelmente um dos modelos idealmente mais justos já atingidos (Teixeira, S^{2' 1}).

Segundo Dal Poz, M e Viana, A³ após estas conquistas, e com o advento da crise econômica mundial da década de 80 (e da conseqüente crise da saúde), houve uma tendência mundial em promover a atenção básica, por exigências do Banco Mundial (este foi o grande financiador de programas neste estilo).

No Brasil foram necessárias estratégias que garantissem condições de

viabilidade para esta Reforma da Saúde¹ (Tancredi, F⁴), então realizou-se a reforma incremental do SUS. Entre estes ajustes finos, os mais importantes foram os voltados para a atenção primária: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF). Estes programas foram concebidos e iniciaram sua implantação iniciada, este em 1994, aquele em 1991³.

De acordo com uma volumosa bibliografia (Harzheim, E; Furtado, C; Stein, A et al⁵; Saúde Para Todos⁶; Guerra, C⁷; Boelen, C⁸; Jatene, A⁹; Serra, J¹⁰), o PSF mereceu destaque por sido uma estratégia de atenção básica que estendeu o acesso da população aos Serviços de Saúde sem grandes incorporações de custos, e mostrou-se como uma das mais viáveis estratégias para se otimizar o funcionamento do SUS na promoção da atenção básica de saúde, pois aumentou o desempenho e a eficiência do sistema (uma das características mais importantes do ponto de vista econômico), além de humanizar o atendimento por meio de reforçar a relação médico-paciente e o vínculo entre a população e o serviço, aumentando sua qualidade e repercutindo em uma melhora do nível de saúde da população¹⁰. Estas características contribuíram para que sua implantação crescesse em progressão geométrica, puderam ser constatadas em diversos municípios onde atuam equipes de PSF, e na numerosa literatura a respeito¹⁰⁻⁵ (Cunha, J¹¹; Souza, H¹²; Souza, R¹³; Chaves, M¹⁴).

Segundo Fernandes, A ; Souza, M; Araújo, C et al¹⁵ A grande quantidade de equipes de PSF atuando (mais de 10.000), carece de alguma uma avaliação sistemática para constatar se elas estão cumprindo seus propósitos. O Ministério da Saúde utilizava a cobertura populacional para estimar o desempenho da

equipe de PSF, e utiliza este critério para premiá-las com aporte de mais recursos, segundo faixas de cobertura (duplicando seus recursos caso ela atinja 70 % de cobertura sobre a população estimada).

Segundo Hartz, Z ¹⁶ existem muitas formas de aferir a eficiência de um serviço, principalmente os baseados na variação dos indicadores de saúde (para o qual a equipe deveria estar funcionando tempo suficiente para produzir impacto), e esta é a forma de avaliação sendo efetuada pelo Pacto para Acompanhamento da atenção Básica, uma reunião anual das Secretarias Estaduais da Saúde com as Secretarias de Saúde de cada município.

Todavia, segundo Donabedian (apud Aquino, R; Carvalho, A e Medina, M ¹⁷) existem outras formas de se avaliar o desempenho dos serviços de saúde, inclusive baseados no *Grau de Satisfação* do usuário/cliente do serviço como averiguador do impacto da implantação em municípios tão heterogêneos e com diferentes formas de gestão do SUS como as que podemos encontrar.

Esta forma de avaliação não deveria ser desprezada, pois a satisfação da população usuária do SUS possivelmente pode apresentar positivas implicações políticas em relação aos gestores.

Um dos municípios onde recentemente foi implantado o PSF no estado de Santa Catarina foi Santa Rosa de Lima, no qual o autor decidiu por realizar uma avaliação desta *Estratégia de Saúde*, baseada no *Grau de Satisfação*.

A relevância deste estudo presume-se no fato de que este modelo de atendimento de saúde—importante e mas pouco explorado até mesmo no currículo da graduação em medicina da Universidade Federal de Santa Catarina — poderá ter um profundo impacto na sociedade brasileira, sendo portanto mister a sua melhor apreciação.

2 OBJETIVO

O objetivo deste estudo é avaliar o desempenho do Programa Saúde da Família (PSF) implantado Santa Rosa de Lima (SRL), por meio do *Grau de Satisfação* dos chefes de família em relação aos diversos serviços oferecidos pela Unidade Básica de Saúde da Família e em relação ao desempenho dos seus diferentes profissionais.

Para atingir este objetivo principal, os seguintes objetivos secundários devem alcançados:

- a) Extrair informações relativas às particularidades do PSF de SRL, para planejamento das demais operações.
- b) Reconhecer a realidade a ser enfrentada e executar o planejamento tático das ações.
- c) Construir um instrumento de coleta de dados acessível a diversos níveis sócio-econômico-culturais e que englobe todos os diferentes serviços oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.
- d) Verificar a possibilidade de avaliar-se o impacto da implantação recente do PSF por meio deste método avaliativo.
- e) Identificar as dificuldades de implantação e no desempenho do PSF de SRL (se houverem).
- f) Sugerir mudanças na estrutura dos serviços, se necessário.

3 LITERATURA

Este capítulo será voltado a uma breve, porém possivelmente minuciosa, revisão literatura histórica a respeito das mudanças políticas sociais e da saúde, no Brasil, que culminaram com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), sua implementação e reestruturação.

3.1 O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE ANTERIOR AO SUS

Para melhor se entender as mudanças no sistema de saúde do Brasil, é necessária uma contextualização histórica: no período compreendido entre 1964 e 1985 conviveu-se sob um Estado ditatorial, autoritário, violento e repressor, e neste ambiente, em meio a diversos embates político-ideológicos se configurou a Saúde Coletiva no Brasil (Ribeiro¹).

Uma destas dissensões foi o fato dos intelectuais militância política de esquerda terem-se unido do dentro do campo da saúde para combater o Estado impositor de um modelo de saúde excludente e discriminatório (Fiori ¹). Esta esquerda reuniu-se no chamado Movimento Sanitário e denunciava o fato que a lógica perversa do capitalismo atingira a medicina.

Nesta época, o Estado como controlador das políticas e economia da saúde visava prevenir principalmente as doenças que viessem perturbar o desenvolvimento econômico, pois suas políticas de saúde se destinavam prioritariamente para os trabalhadores e tendia a garantir condições mínimas para a reprodução da força de trabalho (Luz ¹). Ficou então demonstrado que o

Estado estava a serviço do Capital, e que as políticas de saúde tinham funções de acumulação e controle de classe (Braga e Paula¹) e eram parte de uma estratégia de implantação de hegemonia institucional*.

Como reação ao fato da medicina estar sendo privatizada—uma das consequências do capitalismo perverso que visava a saúde como objeto de lucro—a Saúde Coletiva defendia a responsabilidade estatal para a equação das desigualdades por meio de políticas governamentais (Novaes ¹).

3.2 MARCOS DA REFORMA SANITÁRIA

Convém lembrar-se que a América Latina vivia sua Era das Ditaduras, e na maioria dos demais países locais esta situação se repetia, quando em 1972 na reunião de Cuenca, Equador, estabeleceu-se um marco de reflexão sobre a questão sanitária pois passou-se a compreendê-la a partir de suas relações políticas e econômicas. O marxismo tornou-se a corrente hegemônica—mas não homogênea—na investigação em saúde, sob a denominação de “Materialismo Histórico Cultural” (Mercer¹). Nasceu deste movimento, a epidemiologia social, que enfatizava o caráter social do processo saúde-doença e utilizava o conceito de *determinação social da doença*.

Em oposição à medicina clínica e biologicista, a Saúde Coletiva propunha a visão da integralidade do indivíduo, para tentar ultrapassar a hegemonia da análise médico-curativista e o paradigma biologicista em saúde. Como resultado destas divergências surgiram a epidemiologia social e as Políticas de Saúde (ou

* Da Ros ¹⁸ entende hegemonia como sendo o predomínio ideológico de classes dominantes sobre as classe subalternas, na sociedade civil, e cada classe produz intelectuais que atuam para construir a hegemonia de sua classe.

Organização dos Serviços e das Práticas de Saúde).

No ano de 1978, iniciou-se na América Latina um movimento organizado de desenvolvimento da medicina familiar, no qual importantes atores sociais foram a Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades e Escolas de Medicina (FEPAFEM) e a fundação Kellogg. Este movimento foi chamado por outros autores de Renascimento da Medicina Geral, pois já existia a figura do médico generalista em alguns destes países—principalmente no México da década de 60 (com seus programas de medicina familiar), Colômbia, Venezuela e Bolívia¹⁴, e também no Brasil (em Montes Claros, onde a reunião de diversos indivíduos que combatiam o modelo hegemônico conceberam alternativas que em muito contribuíram para a melhoria do serviço de saúde, gerando uma estrutura pioneira, segundo Felipe, J¹⁹).

Em setembro do mesmo ano de 1978, representantes mundiais da saúde reuniram-se em Alma-Ata (extinta União Soviética), auspiciados por OMS e UNICEF, e delinearam a política mundial para a saúde com: *Cuidados Primários em Saúde: relatório da conferência internacional sobre cuidados primários em saúde*, onde entre as metas estava “atingir um nível aceitável de saúde para todos os povos no ano 2000 mediante o melhor e mais completo uso dos recursos mundiais” (OMS ²⁰).

3.3 A REFORMA DA SAÚDE

Os anos 80 foram marcados pela democratização e universalização da assistência de saúde ⁴.

Com a queda da ditadura e o avanço progressivo rumo à

redemocratização do país, após a “Nova República” de 1986, a Reforma Sanitária pressionou pela remodelação urgente do sistema de atenção à saúde rumo à implantação do modelo contra-hegemônico, e o movimento conseguiu colocar constitucionalmente a saúde como direito de cidadania*. Estas conquistas foram em parte devidas a uma ampla coalizão política em torno dos mesmos princípios que sustentavam a criação do SUS, e o padrão de proteção social assumido era uma das formas de compensar a *dívida social* deixada pelo regime autoritário¹. Da Ros¹⁸ sintetiza bem os ideais deste movimento ao afirmar:

“ ...O Movimento Sanitário (...) cumpriu e cumpre um papel importante, que passa pela tentativa de buscar condições mais dignas de saúde para o povo brasileiro. Hoje necessita ampliar sua luta como ator social coletivo, lutando contra-hegemonicamente a lógica do estado capitalista, tentando construir um poder suficiente para que se estabeleça, de fato, uma reforma sanitária no país” (Da Ros, 1996:9).

Estes fatos a nível nacional eram, em parte, reflexos de um movimento mundial para a democratização da saúde, e uma de suas nuances pôde ser observada em 1986, quando publicou-se a *Carta de Ottawa*, onde ficou premente a tendência mundial pela adoção da atenção básica como alternativa para assistência à saúde (OMS²¹).

De acordo com Pedrosa, J ²² pode-se tomar como marcos da Política do SUS a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e a adoção do Sistema Único

* Segundo Dagnino, 1994 (apud Pedrosa, J²²), o conceito de cidadania emerge de pressões dos movimentos políticos da Sociedade sobre o Estado, na busca dos direitos civis, políticos e sociais e tendem a colocar o cidadão como objeto das políticas sociais dos governos e como beneficiário de um sistema de seguridade social.

de Saúde^{*1}, um sistema *idealmente* muito mais justo que os anteriores, pois pretendia expandir o atendimento à toda população.

Segundo France (apud Dal Poz & Viana, 1998) ³ esta mudança, pela sua heterodoxidade, pode ser classificada como *big bang*, pois introduziu em um curto espaço de tempo modificações expressivas e significativas no funcionamento do sistema de saúde. Este modelo era norteado por uma série de Princípios constitucionalmente estabelecidos (o universalismo das ações de saúde, a descentralização municipalizante, um novo formato organizativo para os serviços sob a lógica da integralidade, da regionalização, e da hierarquização com a definição de porta de entrada, responsabilidade dos gestores públicos nas ações preventivas e curativas, igualdade, equidade e participação popular, entre outros)²³, e possuía três características principais: a criação de um sistema nacional de saúde, a proposta da descentralização (gestor do sistema é o executivo municipal) e a criação de novas formas de gestão que passaram a incluir todos os atores envolvidos com a política da saúde (prestadores de serviços, trabalhadores, gestores e usuários) ³. Estas políticas democráticas tendiam a garantir ao cidadão a participação mais ativa e auditante dos processos decisórios dentro do sistema ²³.

O SUS, apesar de implantado necessitava de regulamentação, e isto ocorreu após a criação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) e das Normas Operacionais Básicas (NOB), um conjunto de normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde ³. As LOS 8142/90 e 8080/90 foram mecanismos que paralelamente deram ao cidadão um espaço no Conselho de Saúde, onde ele poderia alcançar o controle social da saúde ²².

^{*1} Em 1988, assim que promulgada a Constituição (BRASIL²³).

Ao final da década de 80 e início dos anos 90, alguns fenômenos funcionaram como perturbações ambientais na saúde pública, entre eles a nova tendência demográfica (com o envelhecimento populacional, requerendo ações mais onerosas voltadas para a idade adulta e a velhice), e a transição epidemiológica que acompanha esta mudança (com maior mortalidade por doenças crônico-degenerativas em detrimento das infecto-contagiosas)³. Concomitantemente, transformações ocorridas no cenário político-econômico internacional naquele fim de século ajudaram a refinar as políticas públicas, exigindo corte de gastos a pedido da investida neoliberal que criticava os efeitos perversos (grifo do Autor) do sistema de proteção social ¹.

É interessante lembrar que na década de 80, vigorou na saúde pública da América Latina um pensamento voltado para a universalidade, solidariedade e o Público e que na década seguinte, no mesmo local, guinou-se para um pensamento neoliberal voltado para a focalização, competição e o privado (OMS²⁴).

3.4 A REFORMA INCREMENTAL DO SUS

Estes problemas relacionados às mudanças na população e suas características epidemiológicas, aliados aos impactos da crise econômica dos anos 80 recaíram de forma crucial na oferta e na demanda da saúde, gerando na década de 90 a *Crise da Saúde*, e este fenômeno foi um dos grandes propulsores da *Reforma Incremental* do SUS (ou *reforma da reforma da saúde*) ³.

Nesta época ganhou espaço o debate sobre a Gerência e Administração em nível local dos serviços, incorporando a Reforma Sanitária também nos

processos de programação e gerência da rede de serviços¹, então foram instauradas medidas racionalizadoras e de contenção de custos setoriais visando a regulamentação do SUS. Esta regulamentação ocorreu inicialmente por meio da NOB-93 e mais decisivamente pela NOB-96, e proporcionaram ajustes que tornaram o sistema mais eficiente e operacionalizável, pois as principais dificuldades neste sentido operacional persistiam no financiamento das ações de saúde, na definição clara de funções dos três níveis de governo, nas formas de articulação público/privado neste novo modelo de organização dos serviços e na resistência do modelo hegemônico ³.

Estas adequações se basearam em administrar-se a atenção básica—a melhor estratégia para suportar os desafios das mudanças no sistema de saúde⁸—e, para esclarecimento, a Atenção Básica foi definida como um “conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual da atenção básica*, 1998 ; apud SOUZA, H ²⁵).

Esta reforma pôde ser chamada de incremental, uma vez que se baseou em pequenos ajustamentos sucessivos, tornados necessários para adequações no modo de empregar os recursos exíguos da saúde de forma a atingir os mesmos objetivos de melhoria da qualidade da saúde. Dentre as estratégias incrementais do sistema de saúde do Brasil, merecem destaques o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), que têm causado os maiores impactos na descentralização ³.

O marco histórico do PSF pode ser colocado no ano de 1991 quando o Ministério da Saúde formula o PACS, pois neste pioneiramente primou-se a família e não o indivíduo como o alvo das ações de saúde e introduziu-se a

noção de área de cobertura³.

Este programa possuía antecedentes em políticas estaduais isoladas mas com características semelhantes no Paraná, Mato Grosso do Sul e Ceará³.

Ressaltando-se que o PACS foi o primeiro a focar a família nas práticas da saúde, pode-se afirmar que a forma das suas ações sejam precursoras das do PSF, principalmente com suas práticas preventivas atuando na reorganização da demanda, sobretudo pela extensão da cobertura para áreas mais pobres, entretanto, com a finalidade principal de reduzir a mortalidade infantil e materna³.

Pela experiência acumulada no Ceará, o Ministério da Saúde percebeu a importância do PACS na organização do serviço básico de saúde no município, e transformou-o de *programa vertical* em *auxiliar na implementação* do SUS e na organização dos Sistemas Locais de Saúde, pois para aderir ao PACS, o município tinha de preencher certos requisitos de ordem burocrática e organizacional como a existência de um fundo municipal de saúde para receber os recursos do programa, o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, a existência de uma Unidade Básica de Saúde de referência do programa com um profissional de nível superior na supervisão e auxílio às ações de saúde. Desta forma o PACS resultou em um instrumento de reorganização dos modelos locais de saúde³.

Em março de 1994 o PACS se consolidou ao se inserir na tabela do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), e seu êxito passou a impulsionar o recém criado PSF³.

3.5 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

No momento da formulação do PSF haviam iniciativas vagas de reestruturação do sistema de saúde, com políticas de repetição de antigos modelos antigos e superados^{1, 3}, e os instrumentos criados foram ineficazes nesta reestruturação como a proposta dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), criados pela LOS no. 8142/90, que instituiu os Conselhos de Saúde nos níveis federal, estadual e municipal e local, e estes foram ferramentas imprescindíveis para se alcançar o controle social que garantisse a saúde como um princípio de cidadania*, que não era suficientemente forte no sentido de uma mudança radical nas práticas de saúde e do maior impacto destas ações sobre a população, ou seja, sobre o grau de efetividade dos SILOS¹.

Amparado pelo sucesso inovador do programa anterior (PACS), a formulação se consolida com a elaboração da NOB-96, que gerou uma nova fórmula de cooperação entre municípios, Pólos, secretarias estaduais e o nível central do Ministério da Saúde³.

Estabelecido o consenso de que a atenção básica seria uma das melhores estratégias que garantissem as condições de viabilidade da Reforma Sanitária, as experiências prévias como a de Montes Claros/MG² e modelos internacionais de sistemas de saúde como os da Costa Rica e Canadá⁴, Cuba, Inglaterra e Suécia³, incentivaram a criação de um modelo similar no Brasil, e, em dezembro de 1993, foi concebido o Programa Saúde da Família, a partir de uma

* Ao se tornar evidente que os Conselhos Municipais e Locais de Saúde são estratégicos para a consolidação da cidadania na saúde, atribui-se a estes conselhos o caráter de espaço onde são exercidas a eficácia entre das discussões entre os vários segmentos participantes e suas ações políticas²².

reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993, convocada pelo gabinete do Ministro da Saúde Dr. Henrique Santillo, sob o tema *Saúde da Família*. Esta reunião foi a resposta a uma demanda de secretários municipais de Saúde que almejavam a expansão do PACS para outros profissionais³.

Nela participaram técnicos do Ministério da Saúde, de Secretarias Estaduais de Saúde, secretários municipais de Saúde, consultores internacionais e especialistas em atenção primária que definiram os rumos da atenção básica no Brasil ³.

Naquela ocasião, o UNICEF apoiava programas de atenção básica, em oposição à OPAS, que se restringia às propostas de desenvolvimento dos SILOS (distritos sanitário), com raras referências à atenção primária³.

Nesta reunião, amparado pelo êxito do PACS e pela necessidade de se incorporar novos profissionais para amparar as ações dos ACSs, emergiu a proposta do Programa de Saúde da Família e foi criado um órgão de gerência específica para o programa: a Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC), dentro do Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde, que reunia três programas: o PACS, o PSF e o Programa de Interiorização do SUS ³.

Respeitando-se as diretrizes da reunião de dezembro de 1993, elaborou-se o primeiro documento do PSF. Segundo ele, a concepção do programa é fazê-lo um instrumento de reorganização do SUS e da municipalização e definindo que sua implantação ocorrerá prioritariamente nas áreas de risco, utilizando-se para tal o Mapa da Fome do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA).

O financiamento do PSF nesta época adveio de um convênio firmado entre o Ministério da Saúde, estados e municípios selecionados conforme o Mapa da Fome e outras exigências como adequação à NOB-93 e NOB-96

(Conselho Municipal de Saúde em funcionamento e um Fundo Municipal de Saúde), necessidades locais de saúde, ofertas de serviços e estudo de demanda ³.

Havia, então, burocracia e rigidez na transferência de verbas, nascendo a necessidade de novas formas de gestão de recursos, e em 1995, quando Adib Jatene assumiu o Ministério da Saúde, o PSF foi transferido da Fundação Nacional de Saúde (FNS) para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS)—fazendo com que o PSF perdesse o *status* de programa vertical da FNS e ganhando mais importância—e em janeiro de 1996 seus procedimentos passaram a ser remunerado pela Tabela SIA-SUS. Com estes ajustes, o PSF paulatinamente perdeu seu caráter de programa, assumindo nuances mais claras de instrumento reestruturante e reorganizante do SUS ³.

Vigoravam simultaneamente então dois modelos de assistência pelo SUS, o tradicional—hegemônico, caro, com baixa resolutividade e satisfação¹⁰—e o de Saúde da Família. Convém ressaltar que a remuneração de ambos pelo SIA-SUS era diferenciada, sendo a consulta pelo PSF o dobro daquela—onde poderia estar uma estratégia para pressionar a expansão do PSF para áreas de risco junto às populações mais carentes. Entretanto, a convivência dos dois modelos poderia ser salutar em momentos de transição, porém, como apontavam os documentos recentes do PSF, no futuro deveria ocorrer uma adoção mais homogênea do PSF, amparados no sucesso de sua implantação, sobretudo nas áreas mais carentes ³.

Como forma de contornar as limitações na remunerações do SIA-SUS, os técnicos do MS encontraram alternativas como a combinação de diferentes tipos de remuneração, como a *per capita*—pela NOB-96 que criou o Piso da Atenção Básica (PAB), que destina uma parte fixa aos municípios que desenvolviam ações básicas e uma parte variável por equipe instalada de PSF. Como o PACS também constitui-se na parte variável do PAB, estes incentivos ocasionaram

uma rápida expansão do PSF e sua inclusão no sistema municipal de saúde. Esta rápida expansão poderia desequilibrar o orçamento da União para a Saúde, mas o alívio aconteceu quando outra parcela dos recursos aportou quando o PSF foi incorporado ao projeto REFORSUS do Banco Mundial ³.

Novamente parece ter-se configurado em torno da Saúde uma forte coalizão: a de esquerda (oposição) defendendo a saúde como bem público e direito de cidadania, o Banco Mundial que pressionava por modelos menos dispendiosos (Costa, N ²⁶) e a direita (situação) implantando o modelo ao mesmo tempo para se legitimar no poder (e tendo que respeitar a Constituição com seus artigos colocados democraticamente pelo Movimento Sanitário) e responder ao ajuste fiscal imposto pela crise econômica mundial.

Pelos dados mais atualizados de implantação do PSF ¹⁵, percebeu-se que as alianças políticas em torno do PSF, compostas por gestores locais (secretários e técnicos do sistema local), técnicos externos à saúde (técnicos do Comunidade Solidária, UNICEF, e de países que desenvolviam práticas de saúde da família como Canadá e Cuba) e associações da comunidade, que com suas práticas políticas inovadoras vieram conseguindo superar as alianças anteriores (políticos, médicos e construtores de obras públicas) e seus modelos tradicionais de operar ações de saúde¹. Parte deste feito se deve ao fato desta nova aliança ter mobilizado mais as associações privadas do que a corporação médica.

Outros grandes opositores que foram neutralizados são as corporações profissionais (como o Conselho Federal de Medicina e o Conselho Federal de Enfermagem) e Associação Brasileira de Enfermagem—preocupados em garantir mercado de trabalho a seus associados, a Pastoral da Saúde (que desenvolvia programas de Agentes Comunitários previamente ao PSF) e alguns governadores de estados. Comunidades organizadas também exerceram pressão pela continuidade do PSF em locais onde este foi abandonado no início de uma

nova gestão¹.

O PSF agiu como um reestruturador da organização dos SILOS (por meio de suas exigências para assinatura dos convênios, principalmente Fundo e Conselho Municipal de Saúde funcionantes), um mecanismo de pressão na descentralização (por exigir enquadramento na NOB-93 quanto ao recebimento dos recursos) e fundamental na mudança dos critérios de pagamento do sistema (pela NOB-96, da transferência *per capita*). Além do mais, proveu avanço social, no tocante de organizar a representatividade da comunidade, gerando mais participação e controle sobre as ações da saúde³.

O PSF foi um instrumento de mudança do modelo assistencial, ao evidenciar as limitações do modelo tradicional e inovou a política social (ao mostrar ser possível a existência de práticas focalizadas no universalismo e que são ao mesmo tempo instrumentos de reorganização da política universal), constituiu novas formas de gestão do interesse público porém desamarradas da gerência pública³.

3.6 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA ATUAL

Segundo o Sr. Ministro da Saúde José Serra (Serra, J²⁷) recentemente o PSF encontrava-se em expansão irreversível, por haver ultrapassado 10.000 equipes implantadas, existindo a meta de 20.000 equipes trabalhando por todo o país no para o ano 2002 (Negri, B²⁸) acompanhando 80 milhões de pessoas (Reunião Técnica dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família²⁹), e como perspectiva final, aproximadamente 40.000

equipes. Tais equipes trabalhariam com populações definidas e adscritas de 600 a 1000 famílias (com limite máximo de 4500 habitantes), com uma área territorial bem definida. Estas famílias deveriam ser cadastradas mediante territorialização e levantamento das condições de saúde para planejamento das ações. As equipes de saúde da família (uma ou mais dependendo do caso) deveriam se instalar nas UBSs.

A composição sugerida para a equipe em 1999 era de um médico de família ou generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e ACS. Permitindo-se a incorporação de outros profissionais de saúde, de acordo com o perfil da população ²⁵.

As atividades deveriam ser desenvolvidas de forma dinâmica, com avaliação permanente por meio dos indicadores de saúde de cada área de atuação ¹⁵ ¹⁷ ¹⁶.

Para garantir a promoção da saúde da população sob sua responsabilidade, a equipe de saúde da família deveria utilizar-se da territorialização, planejamento de ações, utilizar-se de referência e contra-referência, prestar assistência integral, e pelo fato da Unidade Básica de Saúde que adotou o PSF deva ser a porta de entrada dos SILOS, e que todo o sistema deverá estar integrado segundo a lógica da estratégia, garantindo ao usuário a continuidade da atenção por todo o sistema¹³. Outras ferramentas utilizáveis na ABS são a internação domiciliar, visita domiciliar, formação de grupos (Benigni, B³⁰) e a incorporação do conhecimento popular sobre doença e cura (Comelles, J³¹).

Ao avaliarem o desempenho do programa pelo país, e como as equipes se utilizavam de seus recursos, Dal Poz & Viana ³ identificaram três modelos de PSF implantados: o *Modelo Regional*, que é fortemente influenciado por uma política estadual de apoio às mudanças nas práticas assistenciais, o *Modelo*

Singular que não tem envolvimento de outras esferas de governo na política municipal de saúde e o *Modelo Principiante* que se desenvolve de forma incipiente e incerta.

3.7 O PSF EM SRL

Santa Rosa de Lima localiza-se no sul do estado de Santa Catarina, possui (aproximadamente) 2100 habitantes divididos em pouco mais de 500 famílias residentes principalmente no perímetro rural, e sua colonização é predominantemente de origem alemã e dista no mínimo 130 Km de Florianópolis.

Pela descrição de Crivelli, A e Pinheiro, C ³² ter-se-á a idéia mais concreta da situação de saúde do município antes da implantação do PSF.

“Até meados de 1997, o município dispunha de uma única e precária unidade de saúde. Nesta trabalhavam três atendentes, um odontólogo um dia por semana e o médico dois dias por semana. Vigorava um atendimento assistencialista, clientelista, clínico-curativo e de baixa resolutividade”.

O município de SRL tornou-se apto a implantar o PSF em 1998, e o adotou em por decisão do Conselho Municipal de Saúde, na gestão do então prefeito Bertilo Heidemann (TSE³³).

A implantação tinha como objetivo geral proporcionar melhores condições de saúde à população de SRL, e específicos: incrementar o

atendimento médico e odontológico, instituir atendimento de enfermagem, psicológico e de assistente social, formar grupos terapêuticos, ampliar a cobertura vacinal, realizar visitas e internações domiciliares, criar programa de Bota de Ulna e de Saúde Bucal, implementar o programa de Saúde da Mulher e da Criança, viabilizar programas de Coleta Seletiva e Reciclagem de Lixo e de Saneamento Básico, com a Participação Social ³².

A equipe iniciou suas atividades em setembro de 1998, e simultaneamente realizava-se a capacitação destes recursos humanos (de setembro a dezembro e 1998, no IV núcleo UNISUL-Tubarão) e o plano de ação para as quatro microáreas do município³². Esta equipe tinha em sua composição um médico (MD. Armênio Lima*), um enfermeiro, dois odontólogos, assistente social, psicólogo, técnico de enfermagem, dois auxiliares de enfermagem, atendente de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde, auxiliar de serviços gerais, dois motoristas e uma bolsista. Esta equipe iniciou seus trabalhos em outra sede, com 420 metros quadrados, recém construída e equipada³².

Após a implantação, o agendamento médico passou a ser mensal (uma vez ao mês), com marcação livre para puericultura, gestantes, diabéticos, hipertensos e broncopatas ³².

A partir de janeiro de 1999 iniciaram as atividades de grupo, envolvendo hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, gestantes e grupo de ansiedade/depressão, com acompanhamento interdisciplinar ³².

O agendamento odontológico tornou-se bimestral para adultos, com atendimento uma vez por semana. O atendimento das crianças entre 6 e 12 anos era três vezes por semana e vinculado ao indicador CPOD-CEO. As gestantes tinham agendamento livre³².

* Atualmente em doutorado na Noruega.

Foram programadas campanhas vacinais, revisão mensal de cartões de vacina e busca a faltosos. As visitas domiciliares e pequenas cirurgias eram realizadas semanalmente, e as internações domiciliares conforme a necessidade. O acolhimento era realizado por enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, sendo que eram realizadas capacitações quinzenais para este grupo ³².

O Conselho Municipal de Saúde e a Equipe do PSF reuniam-se bimestralmente na comunidade (de forma itinerante, visando maior facilidade para a participação das diferentes comunidades) ³².

Implementou-se o Programa de Saúde da Mulher, e passou-se a realizar teste de Schiller, coleta para colpocitologia oncótica, bacterioscopia a fresco, exames de mama e colocação de dispositivos intra-uterinos (DIU)³².

Como principais resultados, a contratação de recursos humanos especializados deu origem a uma equipe de saúde da família completa com o trabalho interdisciplinar do médico, equipe de enfermagem, odontólogo, psicólogo e assistência social ³².

A formação de grupos terapêuticos permitiu um maior acompanhamento dos portadores de doença crônica, assim como de gestantes, puericultura e dependentes de benzodiazepínicos e sua abrangência atingiu de 58 a 100 % dos pacientes cadastrados, dependendo do grupo³².

A cobertura vacinal foi visivelmente ampliada, atingindo índices superiores às metas desejáveis, com até 170 % de cobertura* (como em BCG em menores de um ano)³².

As internações domiciliares passaram a existir, reduzindo-se drasticamente o número de internações hospitalares (encaminhadas)³².

No programa de saúde da mulher, a coleta de preventivos atingiu uma

* Estes índices maiores que 100 % são devidos ao fato da cobertura ser calculada pelo número de doses efetivas em relação à população da faixa etária estimada pelo IBGE para aquele ano. Pelos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica e do DATASUS, verificou-se que a população era composta por 2007 habitantes, população absoluta maior que a estimativa do IBGE para 1999 (1836 habitantes).

meta superior a 63,4 % das mulheres entre 15 e 60 anos. As consultas de pré-natal tiveram um incremento de mais de 100 %³².

O programa de saúde bucal teve maior ênfase em crianças entre 6 e 12 anos, tendo atingido uma cobertura curativa de 98 % e preventiva de 100 %³².

Os projetos de coleta seletiva e reciclagem de lixo, bem como o de saneamento básico, proteção de nascentes e destino adequado de dejetos encontravam-se em fase de liberação por parte da FNS/MS³².

O número de exames complementares refletia, após um ano de trabalho, uma adequação dos serviços, evidenciando a redução de exames laboratoriais solicitados em mais de 50 %³².

Aquele estudo concluiu pelos indicadores analisados que após um ano de PSF à população de SRL foram proporcionadas melhor qualidade de vida e atenção à saúde³².

O modelo implantado em SRL tem características de *modelo singular*³ por ter-se desenvolvido em uma experiência singular, e ofertando à população serviços desvinculados de outras esferas de governo³², ampliando a *equipe mínima*.

4 MÉTODO

Este capítulo descreve a metodologia empregada para a confecção das ferramentas de coleta de dados, a maneira como estes foram colhidos e analisados.

Para elaborar esta pesquisa avaliativa, o Autor recorreu metodologicamente a um estudo transversal, descritivo por amostragem simples com características de conglomerado, quantitativo e qualitativo uma vez que é investigada a análise do conteúdo das respostas abertas.

4.1 AMBIENTE

Santa Rosa de Lima foi o município escolhido para este estudo pela possibilidade de portar-se como um laboratório especialmente favorecidos devido a diversos fatores quase ideais:

- a) Fatores populacionais: aproximadamente 2100 habitantes.
- b) Uma única equipe de PSF—ou seja—um médico (2100 hab./médico).
- c) Isolamento geográfico*, que o sujeita a mínimas *perturbações ambientais*.
- d) Implantação do PSF cronologicamente recente (cerca de três anos), o que faz com que a população tenha na lembrança o modelo de saúde anterior, para utilizar a transição de modelos como ponto de referência e de contraste.

* 17 Km por via não pavimentada a Rio Fortuna, daí por via asfaltada a Braço do Norte e Tubarão. Desta se chega a Florianópolis via BR 101 (total 220 Km). Outra alternativa mais curta é de 65 Km por via não pavimentada até Anitápolis, daí mais 65 Km asfaltados de BR 282 até Florianópolis (ambas as estradas de chão são sinuosas e com freqüentes interrupções de tráfego em virtude de quedas de barreiras em épocas de chuvas.

- e) Estar cercado de municípios que ainda não optaram pelo Programa Saúde da Família.
- f) Apresentar, segundo o DATASUS, importantes mudanças de Indicadores de Saúde constantes no Pacto dos Indicadores da Atenção Básica³⁵.

4.2 PROCEDIMENTOS

Seguem neste tópico as etapas teóricas e práticas transcorridas durante elaboração deste trabalho.

4.2.1 ESCOLHA DO GRAU DE SATISFAÇÃO

A cobertura populacional foi a primeira maneira encontrada para avaliar o desempenho de equipes de PSF, entretanto, funcionou mais como uma medida incentivadora da expansão do Programa, pois recompensava com a duplicação dos recursos aquelas que atingissem uma meta superior a 70 % de sua população adscrita¹⁵.

Persistindo a necessidade de avaliação da Atenção Básica em Saúde (ABS), foi formulado o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica (entre Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde, e Secretarias Municipais de Saúde), e nele se estabeleceram metas baseadas em um conjunto de Indicadores de Saúde¹⁷ ¹⁵ ¹⁶, como afirma Hartz, Z ¹⁶, das páginas 29 a 31.

“A avaliação da ABS vem sendo realizada por metas

estabelecidas em indicadores de morbi-mortalidade e produção de serviços (...), entretanto, a definição de (avaliação baseada em) resultado pode assumir que é melhor ter resultados significativos, ainda que difíceis de medir^{*1}”.

Como a mudança nos valores destes índices pode depender de um longo tempo para ser observada, esta avaliação carece, ainda, de ferramentas mais eficazes. Esta lacuna tem sido paulatinamente preenchida com soluções, pelo menos a nível teórico-acadêmico.

Para concluir qual método avaliativo seria o mais indicado em cada situação, torna-se necessário defini-los.

Contandriopoulos et alli¹⁷ afirmam que avaliar:

“Consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção, ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) ¹⁷”.

No tocante à avaliação dos serviços de saúde, a qualidade é um tema central e pode ser entendida segundo Pereira ¹⁷ como o “grau de adequação ou excelência alcançado nas ações e serviços” e seus componentes são: eficácia, efetividade, eficiência, equidade, acesso, adequação, aceitação e qualidade técnico científica. O Autor entendeu aceitação como um termo próximo de **satisfação**, quando o indivíduo consinta em receber determinado serviço de

* Por esta citação, a **satisfação** como resultado/objetivo a ser atingido por meio de boa qualidade pode ser difícil de ser mensurada, entretanto, o Autor apontará na literatura alternativas para tornar esta mensuração de dados qualitativos mais objetiva.

saúde, e não manifeste menção de mudá-lo.

Donabedian ¹⁷ propõe que na avaliação da qualidade dos Serviços de Saúde se levem em consideração os três componentes fundamentais: a estrutura (recursos humanos e financeiros), o processo (atividades e processos empregados no manejo dos recursos) e os resultados: “mudanças no estado de saúde, comportamento, conhecimento ou na **satisfação** dos usuários do serviço”.

Vuori ¹⁷ afirma que a estrutura está desvinculada dos resultados (boa estrutura pode ser mal utilizada, e excelência profissional pode dar bons resultados em precárias condições). Logo, a abordagem estrutural não é adequada pela impossibilidade de se estabelecer relações causais entre procedimentos e mudança nas condições de saúde. A avaliação dos resultados seria a de maior validade para se medir a qualidade da atenção prestada, entretanto os resultados são difíceis de medir, pois o impacto final de uma intervenção de um serviço pode requerer um longo tempo para ser observado ¹⁷.

Para se averiguar o desempenho/impacto do PSF de Santa Rosa de Lima (SRL), o Autor recorreu a uma pesquisa avaliativa (válida do ponto de vista metodológico) do *Grau de Satisfação* dos chefes de família* do município. Esta escolha foi baseada na literatura, que já esta revelou mudanças favoráveis nas metas do Pacto em SRL³², e afirma a importância de se estabelecer processos sistemáticos de avaliação da ABS no Brasil, não apenas por meio de indicadores de processo e estrutura, mas também por meio de indicadores de impacto ¹⁷.

* Entenda-se por chefe de família, aquele participe no provimento econômico, mas que fundamentalmente toma as decisões e orienta o rumo da família, sendo, portanto, o pai, a mãe, e muitas vezes os filhos maiores quando aqueles estejam incapacitados física, mental ou civilmente.

4.2.2 RECONHECIMENTO DE CAMPO

Para se elaborar o planejamento tático das ações, o Autor inicialmente entrevistou pessoas relacionadas à saúde do município, em especial o Secretário de Saúde o Enfermeiro Carlos J. V. Pinheiro*, o médico de SRL (quando do início deste trabalho) Aurélio P. Crivelli e, na primeira visita para reconhecimento de campo, usuários nas imediações da UBS de SRL. Estas entrevistas geraram dados como História, estrutura demo e geográfica do município, que foram posteriormente confirmadas pela literatura (IBGE³⁴; DATASUS³⁵). Dentre elas, a que mais chamou a atenção foi a ruralização desta população (apenas aproximadamente 30 % urbana), e que serviu para clivar a pesquisa, dando aspecto de pesquisa de conglomerado.

O município de SRL estava encravado ao pé da Serra Catarinense, e por este motivo apresentava um relevo acidentado. Possuía cerca de 1200 metros de vias pavimentadas com blocos de concreto na região central, e os serviços básicos. Todas as demais vias da cidade eram não-pavimentadas, o que poderia ser uma dificuldade para a coleta domiciliar de dados. Estas vias frequentemente eram íngremes, costeando desfiladeiros e cruzando os inúmeros rios caudalosos. Estas vias principais, em número de quatro, partiam de forma radial do centro da cidade, e contribuíram para a divisão territorial das microáreas da saúde, também quatro. As microáreas periféricas possuíam em torno de cem famílias, enquanto que a central tinha em torno de duzentas.

Estes dados deram seu quinhão para a elaboração da seleção da amostra, e do questionário a ser aplicado aos chefes de família. Estes processos deram-se da forma a seguir.

* Entrevista em audiovisual encontra-se transcrita no Anexo.

4.2.3 DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

O tamanho da amostra foi selecionado utilizando-se da calculadora estatística do EPI INFO (Versão 6.04es), a STATCALC, como pode-se ver nas tabelas abaixo:

Tabela IV-I: Inquérito Populacional ou Estudo Descritivo usando Amostras Aleatórias Simples*.

Tamanho Populacional	506
Prevalência Esperada	73 %
Pior Resultado	62,05%

Fontes: IBGE, 2000; Saúde Para Todos, 1994

Estes dados submetidos aos cálculos pertinentes (ver Anexo), resultaram nos seguintes tamanhos de amostra e seus respectivos intervalos de confiança:

Tabela IV-II: Correlação entre tamanho da amostra e seu nível de confiança:

Nível de Confiança	Tamanho de Amostra
80 %	26
90 %	41
95 %	56
99 %	90
99,9 %	132
99,99 %	167

Fonte: EPI INFO v6.04es, 2001.

* O tamanho da população foi tomado como o número de famílias cadastradas pela UBS, a Frequência Esperada para o fenômeno estudado foi a atribuída como 73 % (Saúde Para Todos⁶, out./94), a partir de referências da literatura onde foram citadas o *Grau de Satisfação* de populações servidas por Saúde da Família, e a Margem de Erro (ou pior resultado aceitável) pela Frequência Esperada subtraída de 15 % dela mesma .

Por ser viável, o Autor buscou aplicar o questionário sobre uma amostra que fosse representativa da população de SRL, ou seja um número que atinja um nível de confiança de 95 % .

4.2.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para se realizar a coleta de dados da amostra deste estudo, uma das ferramentas utilizadas foi um questionário, que foi construído como um inquérito misto, onde foram abordados múltiplos aspectos dos serviços de saúde antes e depois da implantação do PSF. Este questionário* foi montado de forma a ser compreensível a todos os níveis sócio-econômico-culturais, sem a intenção de ser indutor de respostas (Rebagliato, M; Ruiz, I e Arranz, M³⁶ ; Severino, A³⁷; Minayo, M; Deslandes, S; Cruz Neto, O et al³⁸).

O mesmo era iniciado por um cabeçalho estruturado que visava a identificação do entrevistado para uma possível complementação. Este cabeçalho continha identificações: pessoal, cadastral na UBS, posição familiar (chefe ou não da família), geodemográfica, situação sócio-econômica-educacional, e experiências prévias com o Sistema Público de Saúde. Este atendimento *público* prévio teve como objetivo selecionar apenas aqueles que se submetessem a este atendimento para que pudessem formular parâmetros de julgamento.

Após o cabeçalho, seguia-se às questões relacionadas ao acesso aos serviços, o próprio serviço e seus funcionários, e estas informações que foram

*Disponível no Apêndice.

buscadas nestes questionários, tinham os seguintes pressupostos justificando-as:

O conhecimento da atividade familiar e contratar ou não empregados teve como fundamentação a possibilidade de identificar aspectos sócio-econômico-culturais do entrevistado, suas relações produtivas, e permitir uma melhor escolha da abordagem.

O tipo de meio de transporte utilizado para se deslocar até a UBS, foi uma forma indireta de possivelmente mensurar a dificuldade relativa do entrevistado deslocar-se aos serviços de saúde.

A distância da residência até o PS foi a forma objetiva do entrevistado relatar a dificuldade de entrar em contato com a UBS, o que provavelmente independe da avaliação subjetiva da distância.

O conhecimento da existência da UBS, sua localização geográfica ou mesmo sua visitação era uma forma de avaliar o possível interesse do entrevistado em relação ao próprio UBS como referência de saúde.

Como o entrevistado avaliara a distância do UBS até a sua casa fora a forma encontrada para o entrevistado emitir sua opinião em relação ao acesso à saúde pública oferecida pelo município, e o cruzamento entre esta variável e a distância objetiva poderia traduzir esta relação.

A necessidade de atendimento na UBS provaria imediatamente a relação do sujeito com a mesma, o motivo do atendimento possibilitaria identificar o tipo de serviço procurado, a data deste evento funcionaria para identificar qual o modelo de atendimento prestado e funcionários responsáveis pelo atendimento.

Para esta procura, o encaminhamento dado, desfecho da procura e a resolução ou não do caso, poderia ser uma medida da resolutividade do modelo em SRL.

A procura da UBS para agendar consultas, o êxito na sua marcação na primeira tentativa e o prazo em que (quando) conseguiu agendá-la ajudaria o entrevistado a formular sua opinião sobre como seria para ele o juízo da maneira

de conseguir consultas de acolhimento e agendadas. O inquerido deveria explicar sua resposta.

O horário de funcionamento do UBS seria o intervalo de tempo em que o sujeito teria disponível para obter serviços de saúde, logo, importante para que ele forme julgamento do modelo.

O conhecimento das atividades do ACS, suas visitas domiciliares (e a frequência delas), seu conhecimento pessoal e o julgamento de seu desempenho, mediriam a forma de como a saúde do município vai, por busca ativa, ao cidadão para que ele possa formar seu conceito a respeito.

O médico é uma das principais figuras da saúde, logo, seu desempenho seria índice da qualidade do serviço de saúde; a lembrança de seu nome (houve constantes mudanças), sua disponibilidade e atenção, poderiam identificar nuances de perfil de profissional de saúde da família.

A internação domiciliar e a consulta domiciliar pelo profissional de nível superior indica a presença do modelo na comunidade (e a relação consultas domiciliares/ambulatoriais é um dos parâmetros de avaliação de desempenho da equipe de saúde da família (Dominguez, B³⁹).

O fenômeno abordado nas questões relativas à obtenção de tratamento dentário é uma importante complementação da obtenção de saúde, e o juízo do desempenho do odontólogo (com sua explicação) poderia identificar nuances de perfil de profissional de saúde da família.

A frequência do usuário às reuniões do CMS poderiam assinalar a participação do cidadão na construção da saúde do município, além de ser um dos princípios do SUS.

A avaliação do modelo anterior ao PSF em SRL seria útil à comparação do impacto da implantação do mesmo no município, e a justificativa desta resposta auxiliaria na identificação das diferenças entre os dois modelos.

A percepção de mudanças na saúde do município poderia oferecer um

parâmetro para aferir o impacto da implantação do modelo em SRL, principalmente quando o entrevistado enumerasse as mudanças que considerasse boas ou más.

A preferência pelo modelo atual ou pelo anterior é fundamental para atingir o objetivo deste trabalho, caso seja determinado o desejo a maioria da população entrevistada em relação a um dos dois modelos.

O conhecimento dos serviços oferecidos pela UBS seria a consolidação da percepção da mudança de atenção básica em saúde.

A avaliação subjetiva do atual modelo de ABS em SRL foi a principal pergunta do inquérito, objetivo central do estudo, para a qual as questões anteriores funcionaram com formadoras do juízo sobre o assunto. Esta sintetizaria todas as outras, entretanto, o autor julgou necessárias as anteriores para uma *anamnese* do assunto, no sentido de *trazer à memória* as experiências prévias do entrevistado com o PSF de SRL.

A questão relativa à pontos de melhoria no sistema de saúde seria um parâmetro subjetivo para avaliar insatisfações em relação ao PSF de SRL, e um modo de sugerir alterações orientadas à satisfação da população usuária, com vista a aumento da qualidade do serviço.

4.2.5 BUSCA ATIVA AO ENTREVISTADO

Visando a obtenção de uma amostra representativa da população de SRL, o Autor decidiu aplicar proporcionalmente os questionários: 20 % para cada microárea periférica e 40 % para a central, o que conferiu características de conglomerado.

Observou-se o mapa do município^{*1}, e percebeu-se que os domicílios apresentavam uma diluição centrífuga, mantendo focos de concentração periférica. Para a eleição dos lares a serem pesquisados, recorreu-se a orientação superficial no mapa para identificar áreas mais densamente povoadas para ser selecionado aleatoriamente um a cada dez domicílios. Para as áreas mais dispersas, recorreu-se apenas à seleção aleatória.

Os meios de transporte mais recomendados para esta operação foram a motocicleta, pelo estado geral das vias públicas^{*2}.

A aplicação deste questionário foi dirigida a apenas uma pessoa por família, um informante chave³⁶, segundo Yalour, M e Tobar, F⁴⁰ uma pessoa que fosse previamente identificada na apresentação como a (uma das) maior(es) detentora(s) das informações da saúde da sua família e, caso houvesse uma presença de mais familiares, intencionar-se-ia obter uma opinião consensual da família, com o informante chave assumindo-a. A aplicação deste inquérito foi orientada preferencialmente à *mater familia* (ou *matrona*), a chefe da família, pois as mães (ou mulheres casadas) são as pessoas mais atenciosas em relação às condições de saúde da família (Cañals, J e Romaní, O⁴¹; Vieira, R⁴²). Na sua ausência, o questionário deveria ser aplicado à pessoa que melhor se encaixasse neste critério de inclusão, fosse o pai da família, ou outro componente familiar penalmente maior.

Como critério de exclusão constava ser funcionário da saúde de SRL, ou parentesco em primeiro grau (pais ou filhos) com funcionários ligados ao posto.

Convém ressaltar que a coleta dos dados deu-se em quatro intervalos: 25 a 26 de agosto de 2000, 16 a 18 de setembro de 2000, 12 a 15 de outubro de 2000

^{*1} Ver Apêndice.

^{*2} Apesar da oferta do Sr. Secretário de Saúde, o Autor optou por não aceitar o transporte da Secretaria Municipal de Saúde, em virtude da possibilidade de se criar um vício de seleção em virtude da época da coleta de dados coincidir com o período de campanha eleitoral, com vista a evitar vícios de seleção políticos.

e 2 a 3 de fevereiro de 2001, sendo o último prejudicado por calamidade pública (Diário Catarinense⁴³).

Ao se chegar a cada domicílio, após uma breve apresentação pessoal e das intenções da pesquisa, seguiu-se a entrevista para a compilação das respostas .

4.2.6 TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Após a coleta dos referidos dados, estes foram submetidos à análise estatística. As variáveis contínuas foram submetidas à análise quantitativa por medidas de tendência central, de dispersão, relações percentuais e cruzamento das diversas variáveis, enquanto que as categóricas foram processadas mediante a avaliação qualitativa de dados e análise de conteúdo de fala ^{37'} ^{38'} ^{40'}.

Outro recurso bastante útil para a concepção do Plano de Análise, foi a utilização das escalas de Likert (com cinco categorias ordinais, onde uma delas assumia o valor médio), cujas variáveis utilizadas eram dependentes (em função de medir e tentar explicar o fenômeno estudado) ordinais (cada variável continha categorias que mantinham uma relação de ordem com as demais) na tentativa de associação em uma tabela de contingência (Pereira, J⁴³).

Com este tipo de dados o impacto de cada variável foi estudado mediante a redução da dimensionalidade da variável, de pentadimensional para unidimensional, mediante a recodificação destas categorias pela multiplicação de cada uma por valores absolutos tabelados a seguir:

Tabela IV-III: Recodificação das categorias da escala de Likert, para os valores absolutos ⁴⁴.

Categoria	Valor da categoria
Muito ruim/péssimo	-2
Ruim	-1
Moderado/regular	0
Bom	+1
Muito bom/ótimo/excelente	+2

Fonte: O Autor, 2001.

Com esta redução de dispersão, pôde-se estabelecer o impacto individual de cada variável, por meio do resultado da seguinte fórmula:

Impacto da variável = [(O1 x V1)+(O2 x V2)+...+ (On x Vn)]/n

Ou mais genericamente
$$\sum_1^n (O_n \times V_n)/m$$

Onde:

O é a frequência de ocorrências na categoria,

V é o valor absoluto da categoria e

n é o número categorias.

m é o total de ocorrências para aquela variável.

Deste cálculo pode-se obter valores que vão de -2 (caso ocorram apenas respostas “péssimo” para a variável) a +2 (caso haja apenas ocorrência de “ótimo” para a variável). Lembrando Pereira ⁴⁴, um *Impacto da variável* negativo, não necessariamente seria interpretado como insatisfação, mas como a existência de um potencial a ser desenvolvido nesta variável.

A média dos impactos de cada variável poderia expressar o *Impacto*

Global do evento estudado.

5 RESULTADOS

Este capítulo se dedicará a apresentação dos dados e seu tratamento estatístico pertinente.

Os dados oriundos das questões fechadas que foram compilados durante as entrevistas foram submetidos aos programas do EPI INFO EPI-6 versão 6.04es (EPED, ENTER e ANALYSIS). Os dados das questões abertas foram categorizados para finalmente serem submetidos ao mesmo processo.

5.1 DADOS

Nesta sessão serão apresentados os dados colhidos em SRL. A análise destes será realizada em uma próxima sessão.

Tabela V-I: tamanho das famílias da amostra.

Num. Familiares	Frequência	Porcentagem
2	5	8.9%
3	17	30.4%
4	12	21.4%
5	12	21.4%
6	6	10.7%
7	3	5.4%
9	1	1.8%
Total	56	100.0%

Fonte: o Autor, 2001.

Tabela V-II: posição hierárquica familiar do informante na amostra.

Pos. Fam.	MA	PA	FA	FO	OU (nora)	Total
Frequência	45	8	0	1	2	56
Porcentagem	80.3%	14,2 %	0 %	1.8%	3.6%	100.0%

Fonte: o Autor, 2001.

Tabela V-III: Renda familiar *per capita* da amostra.

Renda (R\$)	Frequência	Porcentagem
0-50	16	29.6%
51-100	13	24.1%
101-150	7	13.0%
151-200	10	18.5%
200-1200	8	14.8%
Total	54	100.0%

Fonte: o Autor, 2001.

Tabela V-IV: nível do estudo do informante:

Anos completos de estudo	0-4	5-8	9-11	12 ou mais	Total
Frequência	32	13	10	1	56
Porcentagem	57.1%	23,3 %	17.8	1.8 %	100 %

Fonte: o Autor, 2001.

Tabela V-V: localização geográfica do domicílio amostrado:

Perímetro	Rural	Urbano	Total
Frequência	43	13	56
Porcentagem	76.8%	23.2%	100.0%

Fonte: o Autor, 2001.

Tabela V-VI: tempo de residência do informante em SRL.

Tempo (em anos)	Frequência	Porcentagem
0-10	5	9.4%
11-20	8	15.1%
21-30	15	28.3%
31-40	9	17.0%
41-50	9	17.0%
51-60	4	7.5%
61-70	1	1.9%
71-80	2	3.8%
Total	53	100.0%

Fonte: o Autor, 2001.

Tabela V-VII: atividade econômica da família amostrada:

Atividade econômica	Frequência	Porcentagem
Setor primário	27	48.2%
Setor secundário	0	0
Setor terciário	11	19,6%
Setores primário e secundário	4	7.1%
Setores primário e terciário	5	17.9%
Setores secundário e terciário	2	3.6%
Setores primário, secundário e terciário	2	3.6%
Total	56	100.0%

Fonte: o Autor, 2001.

Porcentagem de população da amostra já atendida pelo PSF na UBS.

Frequência = 56 Total = 56 Porcentagem = **100 %**

Tabela V-VIII: distância da residência à UBS, cedida pelo informante.

Distância UBS-casa (Km)	Frequência	Porcentagem
0-3	19	33,9 %
3.1-9	23	41,1 %
9.1-18	14	25,0 %
Total	56	100 %

Fonte: o Autor, 2001.

Tabela V-IX: meio de transporte mais usado pela família do informante para se deslocar até a UBS:

Meio de transporte	Frequência	Porcentagem
Automóvel	33	58.9%
Motocicleta	6	10.7%
Ônibus	7	12.5%
A pé	10	17.9%
Total	56	100.0%

Fonte: o Autor, 2001

Proporção dos que se utilizam de “carona” para ir à UBS: 17,8 %.

Tabela V-X: como o entrevistado conceitua a distância da UBS até o domicílio.

Distância subjetiva	Frequência	Porcentagem
Muito perto	7	12.5%
Perto	27	48.2%
Distância moderada	20	35.7%
Longe	2	3.6%
Muito longe	0	0
Total	56	100.0%

Fonte: o Autor, 2001.

Tabela V-XI: última procura da amostra pela UBS, sendo ou não por doença.

Último atendimento foi por doença ?	Frequência	Porcentagem
Sim	41	73,2 %
Não	15	26,8 %
Total	56	100 %

Fonte: o Autor, 2001.

Tabela V-XII: motivo da última ida à UBS, pela amostra.

Motivo	Frequência	Porcentagem
Não relacionado à saúde	0	0
Não sabe que existe UBS	0	0
Freqüentadores ocasionais da UBS	32	57.1%
Algum usuário assíduo na família	24	42.9%
Sabe da existência da UBS, mas não utilizaram	0	0
Total	56	100.0%

Fonte: o Autor, 2001.

Tabela V-XIII: tentativa da amostra marcar consulta na última ida à UBS.

Agendar consulta	Frequência	Porcentagem
Sim	31	55,4 %
Não	25	44,6 %
Total	56	100 %

Fonte: o Autor, 2001.

Tabela V-XIV: época da última ida à UBS pela família do entrevistado.

Última ida à UBS	Frequência	Porcentagem
Ha mais de 3 anos	0	0
Entre 2 e 3 anos antes da entrevista	1	1,8 %

De ago/99 a 18/03/2000	8	14,3 %
De 19/03/00 até o dia da entrevista	47	83 %
Total	56	100%

Fonte: o Autor, 2001.

Tabela V-XV: relação da amostra querendo agendar consulta na última ida à UBS.

Queria agendar	Sim	Não	Total
Frequência	31	25	56
Porcentagem	55,4 %	44,6 %	100 %

Fonte: o Autor, 2001.

Tabela V-XVI: frequência da amostra que conseguiu marcar a consulta (acolhimento e agendamento) do último atendimento, logo na primeira tentativa.

Marcou consulta	Sim	Não	Total
Frequência	52	4	56
Porcentagem	92,9 %	7,1 %	100 %

Fonte: o Autor, 2001.

Tabela V-XVII: relação da amostra cuja última consulta foi realizada em até 7 dias após a marcação.

Consultou em até 7 dias	Sim	Não	Não lembra	Total
Frequência	42	12	2	56
Porcentagem	75,0 %	21,4 %	3,6 %	100 %

Fonte: o Autor, 2001.

Com relação ao último atendimento dado pela equipe do PSF de SRL à família do informante, todos estes se recordam do destino da marcação desta

consulta, sendo que a todos foi dada atenção, basicamente envolvendo consulta e tratamento em 94,6 %, ainda que reunido a outros recursos terapêuticos como orientações, exames complementares ou encaminhamento à especialidades médicas.

Tabela V-XVIII: relação da amostra segundo a resolução subjetiva do último motivo de procura pela UBS.

Resolução do motivo da última procura à UBS	Sim	Está em resolução	Não	Total
Frequência	21	32	2	55
Porcentagem	38,2 %	58,2 %	3,6 %	100 %

Fonte: o Autor, 2001.

Ao explicarem o motivo de como foi a resolução de seus problemas, os informantes expressaram comentários que puderam ser sub-categorizados conforme a tabela a seguir.

Tabela V-XIX: categoria “resolução da última procura à UBS”.

Por que você acha que isto aconteceu com o problema de vocês ?		
Subcategorias	Frequência absoluta	Frequência relativa
1- Resolução total dos sintomas	22	40,7 %
2- Resolução parcial dos sintomas	18	33,3 %
3- Está sendo investigado ou tratado	10	18,5 %
4-O quadro não teve alterações	3	5,5 %
5- Houve piora dos sintomas	1	1,8 %
Total	54	100 %

Fonte: o Autor, 2001.

Alguns exemplos de fala ilustram a opção do informante por sua subcategoria.

Subcategoria 1: resolução completa dos sintomas.

I 10: “não tive mais dores na barriga”.

I 15: “eu tinha coceiras, mas acho que ele acertou no remédio”.

I 19: “o preventivo deu negativo, então tô mais tranqüila”.

I 31: “tive sangramento no segundo mês de gravidez, mas parou o sangramento”.

I 34: “meu filho tinha dor de ouvido, mas ele não chora mais”.

I 44: “eu tinha umas feridas no rosto, mas não tenho mais nada de alergia”.

Subcategoria 2: resolução parcial dos sintomas.

I 1: “desde criança tenho reumatismo no sangue, hoje me sinto bem, mas ainda acontece crises no coração. Antes o médico tinha receitado Vastase ®, era caro. O médico de agora me deu Capoten ® que é mais caro, só que dá um pouco de tosse”.

I 11: “Eu tinha depressão e não sabia. Depois que fui no posto, ganhei remédio e vou em todas as reuniões do grupo de depressão. Hoje tenho menos vontade de chorar, menos adormecimento e formigamento nas mãos, e durmo melhor”.

I 20: “eu tenho pedra no rim, depois de tratar no posto eu tenho bem menos dor e é bem fraca”.

I 35: “melhorou um pouquinho da dor nos braços, mas sabe como é, a gente trabalha o dia inteiro na roça...”.

I 41: “tá diminuindo as dores nas pernas (causadas por úlceras hipertensivas).

Subcategoria 3: está sendo investigado ou tratado.

I 16: “não tenho mais tanta dor de cabeça (portadora de hipertensão arterial sistêmica, em tratamento e freqüentando grupo terapêutico).

- I 23: “não tenho mais dor de dente, mas ainda não terminei o tratamento”.
- I 30: “eu tinha muito sangramento (pela vagina), agora está sendo procurado porque do sangramento”.
- I 44: “eu tinha uma alteração no preventivo, mas tão pesquisando e eu tô tratando”.

Subcategoria 4: o quadro não apresentou alterações.

- I 32: “não estou pior do problema do coração”.
- I 43: “olha aí os dentes dele. Tão encavalados, o dentista disse que tem que usar aparelho para melhorar”.

Subcategoria 5: houve piora dos sintomas.

- I 49: “porque ele (o médico) não continuou procurando e eu continuo com o sangramento, com a menstruação por dez, quinze dias no mês. Ele é bom, mas eu acho que ele tinha que estudar mais das doenças das mulheres”.

Tabela V-XX: variável: como o informante julga ser a ser a marcação de consultas.

Como é o agendamento de consultas	Frequência	Porcentagem
Péssimo	0	0 %
Ruim	9	16,1 %
Regular	10	17,9 %
Bom	27	48,2 %
Ótimo	10	17,9 %
Total	56	100 %

Fonte: o Autor, 2001.

A pergunta a respeito do agendamento de consultas era mista (parte fechada com alternativas, e parte aberta caso o sentido da resposta extrapolasse as limitações da parte aberta).

Tabela V-XXI: categoria “agendamento de consultas ótimo ou excelente”.

Por que você considera a marcação de consultas como ótimo ou excelente		
Subcategorias	Frequência absoluta	Frequência relativa
Possibilidade de acolhimento para urgências ou emergências	15	39,5 %
Estrutura geral de agendamento de consultas (marcação uma vez ao mês somado ao agendamento)	23	60,5 %
Total	38	100 %

Fonte: o Autor, 2001.

Na categorização das respostas abertas a respeito dos motivos que levaram o informante a considerar bom ou ótimo o sistema de marcação de consultas na UBS (considerando o agendamento uma vez ao mês somado ao acolhimento de urgência/emergência), obtiveram-se as seguintes explicações:

- I 10: “tem o pronto atendimento”.
- I 13: “se precisar *mesmo* de atendimento, o enfermeiro encaminha na hora para o médico”.
- I 34: “é certo, porque as pessoas com problema grave são atendidas na hora e os outros podem esperar”.
- I 42: “dependendo da doença consegue logo uma consulta”.
- I 50: “a marcação de consultas é boa, mas faltam vagas”.

Tabela V-XXII: categoria “agendamento de consultas regular”.

Por que você considera a marcação de consultas como regular

Subcategorias	Frequência absoluta	Frequência relativa
Não conseguiu consultas de emergência para o mesmo dia	1 (I 14)	10,0 %
Não consegue consultas para antes de uma semana	2 (I 16, I 28)	20,0 %
Marcação de consultas uma vez ao mês	2 (I 40, I 53)	20,0 %
Estrutura geral de agendamento de consultas, com muitas críticas	5 (I 22, I 32, I 33, I 46, I 49)	50,0 %
Total	10	100 %

Fonte: o Autor, 2001

Entre as falas chamam a atenção particularidades como:

I 10: “antes o atendimento era péssimo, hoje é ruim, por causa da marcação de consultas, mas está melhor, e o problema é chegar a tempo com o ônibus para conseguir marcar consulta”.

I 22: “se não tiver mais vaga no dia de marcação de consultas (1° dia útil do mês), vai ter que esperar até o outro mês, e esperar ainda pela consulta (que pode ser até para o último dia útil, podendo somar mais de 60 dias). Por morar longe (16 Km), chegar cedo (com o ônibus escolar) é difícil de conseguir os primeiros lugares na fila”.

I 33: “as vezes não consegue marcar consulta porque acabam as vagas antes. Acho que a gente pode ser deixada de lado por ser da oposição”.

I 40: “só marca no primeiro dia do mês, podendo ser atendida no último dia”.

Tabela V-XXIII: categoria “agendamento de consultas ruim ou péssima”.

Por que você considera a marcação de consultas como ruim ou péssima

Subcategorias	Frequência absoluta	Frequência relativa
Não conseguiu consultas de emergência.	1 (I 35)	11,1 %
Não consegue consultas para antes de uma duas semanas.	2 (I 12, I 29)	22,2 %
Poucas vagas para consulta.	1 (I 39)	11,1 %
Marcação de consultas uma vez ao mês.	3 (I 2, I 5, I 23)	33,4 %
Estrutura geral de agendamento de consultas, com muitas críticas	2 (I 4, I 37,)	22,2 %
Total	9	100 %

Fonte: o Autor, 2001

Da mesma forma que na pergunta anterior, algumas falas chamam a atenção.

I 2: “não concordo com a marcação uma vez por mês, e ainda tem aquele enfermeiro de fora, o Carlos, que é ‘grosso’. Eu acho que nem pode ter dois cargos, de enfermeiro e Secretário, deve ser proibido”.

I 23: “a marcação é uma vez por mês, e a consulta pode ser até para o final do mês”.

I 29: “a gente não tem mais a consulta garantida”.

I 37: “as vezes a gente não consegue nem marcar a consulta porque as fichas acabam antes”.

I 39: “consulta que não é de emergência a gente só vai conseguir depois de muito tempo”.

Tabela V-XIV: como o informante considera o horário de funcionamento da UBS.

Como é o horário de funcionamento do posto	Frequência	Porcentagem
Péssimo	0	0 %
Ruim	0	0 %
Regular	1	1,8 %
Bom	31	55,4 %
Ótimo	24	42,9 %
Total	56	100 %

Fonte: o Autor, 2001.

Quando as respostas abertas desta questão foram categorizadas, obteve-se esta tabela.

Tabela V-XXV: categorização das falas: “horário de funcionamento da UBS”.

Por que você considera assim o horário de funcionamento do posto ?		
Subcategorias	Frequência absoluta	Frequência relativa
Falta funcionamento à noite e nos fins-de-semana.	10	17,9 %
Só necessitou no horário de atendimento.	8	14,3 %
Muitas consultas domiciliares (o PS funciona, mas sem médico)	1	1,8 %
Horário suficientemente acessível	37	66,1 %
Total	56	100 %

Fonte: o Autor, 2001

Como falas intrigantes, pode-se ressaltar as seguintes:

I 3: “o horário de funcionamento é bom, o único problema é que as vezes o médico não está no posto, porque está fazendo visita nas casas”.

I 4: “é horário que dá p’ra ir”.

I 5: “sempre tem alguém no posto p’ra atender a gente”.

I 6: “nunca precisamos de atendimento à noite”.

I 7: “já fui atendida fora do horário”.

I 8: “o horário é bom, mas ninguém tem hora p’ra ficar doente”.

I 11: “dá p’ra usar o ônibus da escola da manhã e de tarde p’ra ir no posto”.

I 12: “é difícil encontrar um posto que trabalhe neste horário”.

I 15: “o horário é bom, e mesmo quando o posto está fechado as enfermeiras abrem se a gente chamar elas em casa”.

I 20: “as doenças simples são atendidas no horário, se for grave ou o posto tiver fechado eles mandam para Rio Fortuna”.

I 27: “é horário fácil p’ra gente que é colono”.

I 33: “durante o dia tá bom, mas falta atendimento de noite”.

I 34: “deveria ficar até mais tarde para atender emergências”.

I 35: “precisava ter alguém no meio-dia”.

I 41: “mesmo que passe do horário eles ficam atendendo”.

I 50: “é preciso descanso para os funcionários”.

Tabela V-XXVI: o que o informante refere como atividades do ACS.

Atividade do ACS	Frequência	Porcentagem
Não sabe quais atividades	1	1,8 %
Cita uma atividade	5	8,9 %
Cita duas atividades	9	16,1 %
Cita três atividades	17	30,4 %

Cita quatro atividades	18	32,1 %
Cita cinco atividades	6	10,7 %
Cita atividades que não são de atribuição do ACS	0	0 %
Total	56	100 %

Fonte: o Autor, 2001.

Tabela V-XXVII: o informante refere ou nega conhecer o ACS.

Conhece o ACS de sua microárea	Sim	Não	Total
Frequência	54	2	56
porcentagem	96,4 %	3,6 %	100 %

Fonte: o Autor, 2001.

Tabela V-XXVIII: relação de amostra segundo a ocorrência de visita anterior do ACS.

O ACS já visitou sua casa ?	Sim	Não	Total
Frequência	54	2	56
Porcentagem	96,4 %	3,6 %	100 %

Fonte: o Autor, 2001.

Tabela V-XXIX: relação do número de visitas do ACS nos últimos três meses na residência do informante.

Visitas	0	1	2	3	4	5	Total
Frequência	5	5	17	24	3	2	56
Porcentagem	8,9 %	8,9 %	30,4 %	42,9 %	5,4 %	3,6 %	100 %

Fonte: o Autor, 2001.

Tabela V-XXX: conhecimento por parte do informante sobre o nome do ACS.

Sabe o nome do ACS	Sim	Não	Total
Frequência	50	6	56
Porcentagem	89,3 %	10,7 %	100 %

Fonte: o Autor, 2001.

Tabela V-XXXI: nome do ACS citado pelo informante.

Nome do ACS	Frequência	Porcentagem
Rosmarina Mendes	16	29,1 %
Isalde Nack	16	29,1 %
Jeovânio Philippe	8	14,5 %
M ^a Salete B. Heidemann	10	18,2 %
Felícia	1	1,8 %
Não sabe	3	5,5 %
Não passou ainda	1	1,8 %
Total	55	100 %

Fonte: o Autor, 2001.

Tabela V-XXXII: conceito do desempenho do ACS pelo informante.

O que acha do trabalho do ACS	Frequência	Porcentagem
Péssimo	1	1,8 %
Ruim	0	0 %
Regular	7	12,5 %
Bom	27	48,2 %
Ótimo	19	33,9 %
Não sabe avaliar	2	3,6 %
Total	56	100 %

Fonte: o Autor, 2001.

Na categorização da explicação do informante sobre o porquê de atribuir este julgamento ao trabalho do ACS, obteve-se a seguinte tabela:

Tabela V-XXXIII: como o informante julga o desempenho do ACS.

Por que você acha isso do trabalho do ACS ?

Subcategorias	Frequência absoluta	Frequência relativa
Bom ou ótimo: triam e/ou orientam e/ou informam e/ou são interessados e/ou assíduos	32	57,1 %
Bom ou ótimo: sua função é importante	5	8,9 %
Bom ou ótimo: auxiliam-nos e à UBS	4	7,1 %
Bom ou ótimo: outros	6	10,7 %
Regular ou ruim ou péssimo: trabalho repetitivo e sem resultados	1	1,8 %
Regular ou ruim ou péssimo: não passam quando estamos em casa	2	3,6 %
Regular ou ruim ou péssimo: não é assíduo ou deixa de realizar suas funções	4	7,1 %
Não sabe avaliar pois não passou ainda	2	3,6 %
Total	56	100 %

Fonte: o Autor, 2001.

Quanto às famílias da amostra terem tido algum integrante atendido pelo médico do PSF, 98,2 % (frequência = 55) destas tiveram este tipo de

atendimento, enquanto apenas 1,8 % (frequência = 1) não foram atendidos.

Dos que tiveram atendimento pelo PSF, 80 % (frequência= 44) foram atendidos pelo médico Fábio Tatsui Omomo e 20 % (frequência= 11) pelo médico Aurélio Piccoli Crivelli.

92, 7 % dos informantes referiam saber o nome do médico que atendeu sua família pela última vez.

Tabela V-XXXIV: juízo da disponibilidade do médico pelo informante.

O que acha da disponibilidade do médico da UBS	Frequência	Porcentagem
Péssimo	2	3,6 %
Ruim	0	0 %
Regular	2	3,6 %
Bom	14	25,5 %
Ótimo	30	54,5 %
Não sabe avaliar	7	12,7 %
Total	55	100 %

Fonte: o Autor, 2001.

Tabela V-XXXV: avaliação do trabalho do médico pelo informante.

Você acha que o médico faz um bom trabalho ?	Frequência	Porcentagem
Sim	50	90,9 %
Não	1	1,8 %
Moderado	2	3,6 %
Não sabe avaliar	2	3,6 %
Total	55	100 %

Fonte: o Autor, 2001.

Após a categorização da explicação do informante sobre o porquê de

conceituar assim o trabalho do médico obteve-se a seguinte tabela:

Tabela V-XXXVI: como o informante julga o desempenho do médico.

Por que você acha que o médico trabalha assim ?

Subcategorias	Frequência absoluta	Frequência relativa
Faz bom trabalho: competente, pois acerta no diagnóstico e/ou é resolutivo	14	25,5 %
Faz bom trabalho: tem perfil de médico de família, pois é disponível e/ou atencioso e/ou prestativo e/ou interessado e/ou paciente	2	3,6 %
Faz bom trabalho: entrevista, examina e orienta	17	30,9 %
Faz bom trabalho: por mais de uma subcategoria	17	30,9 %
Faz um trabalho regular: sem resolutividade	2	3,6 %
Não faz um bom trabalho: sem resolutividade	1	1,8 %
Não sabe avaliar	2	3,6 %
Total	55	100 %

Fonte: o Autor, 2001.

Quanto às atividades dos profissionais de nível superior fora da UBS, **82,1 % dos informantes** (46 ocorrências) **relataram atendimento de um dos familiares em seus lares, no trabalho ou na escola dos filhos**, enquanto que 17,9% (10 ocorrências) negaram este tipo de atendimento.

30 informantes conheciam alguém que foi internado à nível domiciliar (porcentagem = 53,6 %), contra 26 ocorrências que desconheciam esta ferramenta terapêutica (porcentagem = 46,4 %).

Da amostra, **89,3 % das famílias (50 ocorrências) tem algum membro que já realizou tratamento com o odontólogo da UBS**, entretanto, 10,7 % (6 informantes) negaram atendimento pelo mesmo.

O atendimento (considerando consulta e tratamento), foi assim considerado pela população da amostra atendida:

Tabela V-XXXVII: Como o informante considera o atendimento do dentista.

O que você achou do atendimento do dentista	Frequência	Porcentagem
Péssimo	0	0 %
Ruim	0	0 %
Regular	1	2,0 %
Bom	31	60,8 %
Ótimo	19	37,3 %
Total	51	100 %

Fonte: o Autor, 2001.

Tabela V-XXXVIII: justificativa do conceito do desempenho do dentista.

Por que você acha assim o atendimento do dentista		
Subcategorias	Frequência absoluta	Frequência relativa
Bom ou ótimo: é resolutivo	6	11,8 %
Bom ou ótimo: realiza prevenção ou orienta.	12	23,5 %
Bom ou ótimo: gostou do resultado	26	51,0 %

estético do tratamento		
Bom ou ótimo: outras razões	6	11,8 %
Regular: longa fila de espera na agenda	2	3,6 %
Total	51	100 %

Fonte: o Autor, 2001.

Quanto ao acesso ao odontólogo público, **80,4 % da amostra** (45 ocorrências de 56) **acha que é mais fácil lograr atendimento após a implantação do PSF**, 8,9 % (5 ocorrências) acha que não e 6 informantes não souberam avaliar.

O interesse popular na gestão da saúde foi de **25 % dos informantes da amostra tendo freqüentado pelo menos uma vez as reuniões do Conselho Municipal de Saúde** (14 ocorrências), e 75 % nunca o fizeram (42 ocorrências).

Ao avaliar o atendimento público de saúde anterior ao PSF, a amostra se dividiu nestas categorias:

Tabela V-XXXIX: Como o informante considera atendimento anterior ao PSF.

Como era o atendimento público de saúde ha 5 anos ?	Freqüência	Porcentagem
Péssimo	4	7,1 %
Ruim	7	12,5 %
Regular	21	37,5 %
Bom	16	28,6 %
Ótimo	4	7,1 %
Não sabe avaliar	4	7,1 %
Total	56	100 %

Fonte: o Autor, 2001.

As justificativas foram divididas em duas categorias, como a seguir:

Tabela V-XXXX: justificativa do conceito regular ou ruim ou péssimo dado pelo informante ao atendimento de saúde anterior ao PSF em SRL.

Por que você acha que era assim o atendimento de saúde ha 5 anos ?		
Subcategorias	Frequência absoluta	Frequência relativa
Não havia um bom PS	4	12,5 %
Não havia ACS	3	9,4 %
Médico com baixa resolutividade	2	6,3 %
Sem médico domiciliado em SRL	1	3,1 %
Mais de uma razão das anteriores	22	68,75 %
Total	32	100 %

Fonte: o Autor, 2001.

Tabela V-XXXXXI: justificativa do conceito bom ou ótimo dado pelo informante ao sistema público de saúde anterior ao PSF em SRL.

Por que você acha que era assim o atendimento de saúde ha 5 anos ?		
Subcategorias	Frequência absoluta	Frequência relativa
Havia mais consultas	14	70 %
Outras razões	6	30 %
Total	20	100 %

Fonte: o Autor, 2001.

96,4 % da amostra (54 ocorrências) percebeu mudanças no atendimento público de saúde nos últimos 5 anos, enquanto que os dois informantes restantes (3,6 %) não souberam avaliar por haverem transferido-se para SRL após a implantação do PSF.

Entre as mudanças estruturadas como boas no questionário constavam a construção da nova UBS, a aquisição da nova ambulância, um médico

domiciliado na cidade, a presença de mais profissionais (assistente social, enfermeiro, psicóloga, odontólogo e pessoal técnico), maior carga horária semanal de atendimento e a formação de grupos terapêuticos. Caso o informante preenchesse todas as alternativas anteriores, havia um espaço para preenchimento de forma aberta, que no final da coleta de dados foram categorizados como: realização de ações preventivas, visitas domiciliares, melhor preparo de recursos humano e maior oferta de serviços.

Tabela V-XXXXII: mudanças percebidas pelo informante como boas no atendimento de saúde após a implantação do PSF em SRL.

Mudanças (apenas fechadas)	Frequência	Porcentagem
2 das opções	1	1,9 %
3 das opções	0	0
4 das opções	5	9,3 %
5 das opções	7	13 %
6 das opções	37	68,5 %
Mudanças (fechadas + abertas)		
6 fechadas + 1 aberta	1	1,9 %
6 fechadas + 2 abertas	2	3,7 %
6 fechadas + 3 abertas	1	1,9 %
Total	54	100 %

Fonte: o Autor, 2001.

Tabela V-XXXXIII: mudanças percebidas pelo informante como ruins no atendimento de saúde após a implantação do PSF em SRL.

Quais mudanças foram ruins	Frequência	Porcentagem
Não perceberam mudanças ruins	21	39,6 %

Troca constante de médicos	20	37,7 %
Menos consultas com médico ou dentista	4	7,6 %
Menos encaminhamentos	1	1,9 %
Duas das anteriores	5	9,4 %
Três das anteriores	1	1,9 %
Menos atenção (aberta)	1	1,9 %
Total	53	100 %

Fonte: o Autor, 2001.

Tabela V-XXXXIV: justificativa do informante em relação a sua preferência por um dos modelos de atendimento de saúde (anterior ou atual) em SRL.

	Subcategoria	Frequência	Porcentagem
A T U A L	Mais recursos/mais resolutividade	18	34,0 %
	Equipe mais atenciosa	3	5,7 %
	Melhor Qualidade de atendimento	15	28,3 %
	Hoje com atividades de prevenção	2	3,8 %
	Mais de uma razão	6	11,3 %
	Subtotal	44	83,1 %
NÃO SABE AVA	Atendimento igual	2	3,8 %
	Frequente pouco a UBS (sem parâmetros)	1	1,9 %
	Mudou-se após a implantação	1	1,9 %

AVALIAR	Subtotal	4	7,6 %
	A Hoje com menos vagas para consultas	3	5,7 %
	N Hoje com menos atenção	1	1,9 %
	T Antes o médico era “melhor”	1	1,9 %
	E Mais de uma razão	0	0
	S Subtotal	4	9,5 %
Total		53	100 %

Fonte: o Autor, 2001.

Quanto ao conceito do PSF junto ao informante, obteu-se a seguinte tabela:

Tabela V-XXXXIV: Como o informante considera atendimento pelo PSF.

Como você acha que é o atendimento público de saúde hoje ?	Frequência	Porcentagem
Péssimo	0	0
Ruim	0	0
Regular	7	12,5 %
Bom	15	26,8 %
Ótimo	34	60,7 %
Total	55	100,0 %

Fonte: o Autor, 2001.

Tabela V-XXXXV: justificativa do informante em relação ao conceito dado ao PSF de SRL

Ó T	Subcategoria	Frequência	Porcentagem
	Resolutivo	5	9,1 %

I M O	Qualidade	8	14,5 %
	Bons recursos	3	5,5 %
	Prevenção	2	3,6 %
	Mais de uma razão	6	10,9 %
	Outras razões	10	18,2 %
	Subtotal	34	61,8 %
B O M	Falta de melhores profissionais	1	1,8 %
	Problemas com agendamento	1	1,8 %
	Eqüidade	1	1,8 %
	Mais de uma razão	1	1,8 %
	Outras razões	10	18,5 %
	Subtotal	14	25,45 %
R E GU LAR	Problemas com agendamento	5	9,1 %
	Não sabe explicar, mas conceitua assim	1	1,8 %
	Outras razões	1	1,8 %
	Subtotal	7	12,72 %
Total		55	100 %

Fonte: o Autor, 2001.

5.2 ANÁLISE DOS DADOS

Nesta sessão serão analisados os dados qualitativos e quantitativos de

forma conjunta, conforme foram aparecendo na sessão anterior.

Quanto ao tamanho médio das famílias da amostra foi aproximadamente 4,2 familiares, a moda foi 3 integrantes e a mediana foi 4 familiares

O informante chave tinha a posição dentro da hierarquia familiar de forma predominante a **mãe**, com 80,3 % (Intervalo de confiança de 67,6 % a 89,8 %), e o sexo feminino ficou com 83,9 %, sendo que as duas informantes classificadas como outras eram noras (e mães). O pai representou 14,2 % da amostra, e um único filho entrevistado havia assumido a administração da família.

A análise da renda per capita por mês revelou renda média de R\$137.96; moda e mediana de R\$ 100,00.

O nível de estudo do informante da amostra teve uma média de 5,64 anos completos de estudo, com moda e mediana de 4 anos de estudo, porém com um percentil 75 de 8 anos.

A população rural esteve presente em 76,8 % da amostra, contra 23,2 % com residência em perímetro urbano.

O tempo de residência em SRL em anos da amostra revelou uma população residindo em média há 32,77 anos, com mediana de 30 anos, moda de 10 anos, percentil 25 de 21 anos e percentil 75 de 46 anos.

A análise das atividades econômica familiar revelou que 76,6 % da amostra tem seus ganhos do setor primário, sendo que exclusivamente deste apenas 48,2 % retiram seu sustento do setor agropecuário e extrativismo.

Quanto ao atendimento prévio pelo SUS de SRL, 100,0 % da amostra já foi atendida (IC de 93,6 a 100,0 %). Cruzando estes dados com a renda familiar *per capita* percebe-se que o atendimento tem uma penetração em todas as classes sociais (de R\$ 0,00 a R\$ 1.200,00 *per capita*).

A distância da UBS ao domicílio do entrevistado apresentou uma média

de 6,72 Km, mediana e moda de 7 Km. Cruzando estes dados com a localização geográfica do domicílio do entrevistado, percebe-se que todas as residências da amostra a 3 ou mais quilômetros da UBS são consideradas pelo informante como rurais.

O meio de transporte mais utilizado pelas famílias da amostra foi o automóvel, seguido de “a pé” e “carona”.

Ao se cruzar a distancia real com a subjetiva, percebe-se que os dois informantes que consideraram a UBS como “longe”, moram entre 9 e 18 km da dela, e buscando nos inquéritos estes vão ao centro da cidade de ônibus ou de carona. Outra dedução deste cruzamento de dados é que todo o restante da amostra (54 ocorrências, de 0,2 a 18 Km) considera a UBS como muito perto, perto, ou distância regular.

Ao analisar-se a distância subjetiva da residência do informante à UBS pelo método de redução da dimensionalidade da escala de Likert, obtém-se os seguintes valores:

$$O1 \text{ (muito perto)} \times (+2) = 7 \times 2 = 14$$

$$O2 \text{ (perto)} \times (+1) = 27 \times 1 = 27$$

$$O3 \text{ (distância moderada)} \times 0 = 20 \times 0 = 0$$

$$O4 \text{ (longe)} \times (-1) = 2 \times (-1) = - (2 \times 1) = -2$$

$$O5 \text{ (muito longe)} \times (-2) = 0 \times (-2) = -(2 \times 0) = 0$$

Da somatória destes valores destes valores obtém-se 39, que dividido pelo número total de ocorrências (56) resulta em um *Impacto da Variável (IV)* = +0,6964.

A UBS foi procurada (na última ocasião) pela amostra por motivo de doença em 73,2 % dos casos, ficando a ida à UBS por outros motivos restrita a 26,8 %.

O estudo revelou que 42,9 % da amostra é usuário assíduo (por ser freqüentador de grupos, doente crônico ou praticar atividades de prevenção), enquanto que 57,1 % da amostra procura a UBS ocasionalmente.

Pelo cruzamento destes dados com o motivo da última ida à UBS vê-se que todas estas estiveram relacionadas à saúde (ou doença), logo os 26,8 % são devidos à atividades preventivas como pré-natal, puericultura, grupos terapêuticos entre outras.

Analisando a data da última ida à UBS, percebe-se que toda a amostra teve seu último atendimento após a implantação do PSF.

Os dados do estudo revelam que 55,4 % da amostra tentara agendar consulta na última ida à UBS, que 92,9 % conseguiu marcá-la e que 75,0 % consultou-se em até 7 dias.

Em todas as últimas procuras pela UBS pela amostra foi dada atenção, basicamente por consulta e tratamento em 94,6 % das vezes.

Quanto à resolução (subjetiva) do último motivo que levou a família à UBS, ressalta-se que houve resolução deste em 96,4 % da amostra, podendo-se dividir esta resolutividade em total (38,2 %) ou parcial (58,2 %).

Na análise do julgamento do informante a respeito do julgamento da marcação de consultas, novamente se recorre à redução da dimensionalidade da escala de Likert, e pelos cálculos se obtêm o *Indicador de Impacto da variável* “marcação de consultas”, como a seguir:

$$O1 \text{ Péssimo} = 0 \times (-2) = 0$$

$$O4 \text{ Bom} = 27 \times (+1) = +27$$

$$O2 \text{ Ruim} = 9 \times (-1) = -9$$

$$O5 \text{ Ótimo} = 10 \times (+2) = +20$$

$$O3 \text{ Regular} = 10 \times 0 = 0$$

Como a somatória destes resulta em $IV = 0.6786$.

+38, e o total de ocorrências é 56, o

A análise do conteúdo das falas contendo a justificativa do informante a respeito de seu conceito sobre o agendamento de consultas revelou que:

- a) os satisfeitos e os muito satisfeitos com o sistema de marcação uma vez ao mês, estão conscientes de que mesmo estando na fila de espera mensal, têm o acolhimento para recorrer em caso de agudização de uma doença, podendo fazê-lo (acolher-se) mesmo sem agendamento prévio.
- b) a subcategoria que considera o sistema de agendamento regular, via de regra reside a mais de 10 Km (pelo cruzamento com a variável distância real), e tem dificuldades em apresentar-se cedo no primeiro dia útil do mês para agendar consultas, podendo conseguir uma consulta para o final do mês, ou nem mesmo conseguí-la, em geral pelo esgotamento das vagas, tendo que recorrer todo o processo novamente no mês seguinte. Este grupo não demonstra conhecimento do acolhimento.
- c) pela primeira vez aparece vício de seleção político, fato a ser abordado em “CONCLUSÃO”.
- d) na subcategoria “ruim ou péssima”, novamente aparece o vício de seleção político, a possibilidade de agendamento para o final do mês (exceto para casos de acolhimento) e o temor pelo esgotamento das vagas. Pelo cruzamento com a variável “perímetro”, percebe-se que 44,4 % deste grupo (de 9 informantes) reside no perímetro urbano.

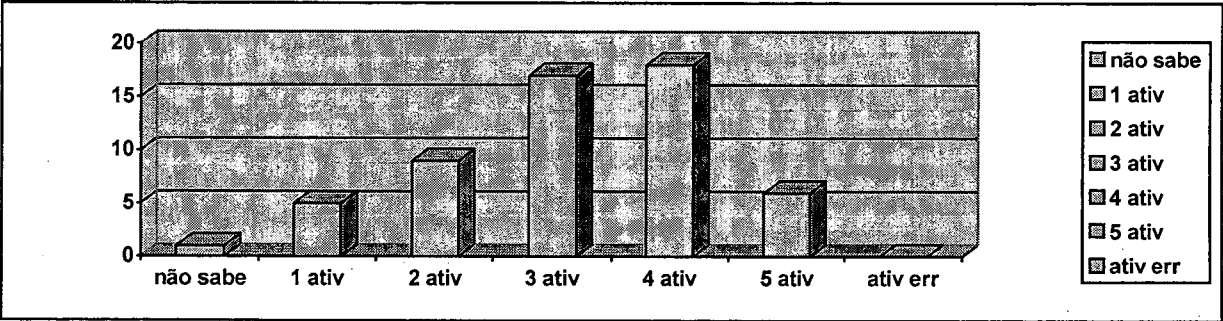
A análise da opinião do informante a respeito do horário de

funcionamento da UBS também é propícia a ser avaliada mediante a técnica de unidimensionalização da escala de Likert, e após a realização dos cálculos pertinentes, obtêm-se um $IV = 1,4107$ para esta categoria.

É interessante ressaltar que não houve conceitos péssimo ou ruim para esta variável, e que apenas um informante considerou-a regular.

Quanto à análise do conhecimento do informante a respeito das atividades dos ACSs, nota-se que as ocorrências seguiram grosseiramente uma curva de Gauss, quando se estabelece uma relação entre o número de atividades de atribuição do ACS citadas pelo informante *versus* a frequência de respostas para cada categoria. Para melhor compreensão, mostrar-se-á esta curva:

Gráfico V: número de atividades do ACS percebidas pelo informante.

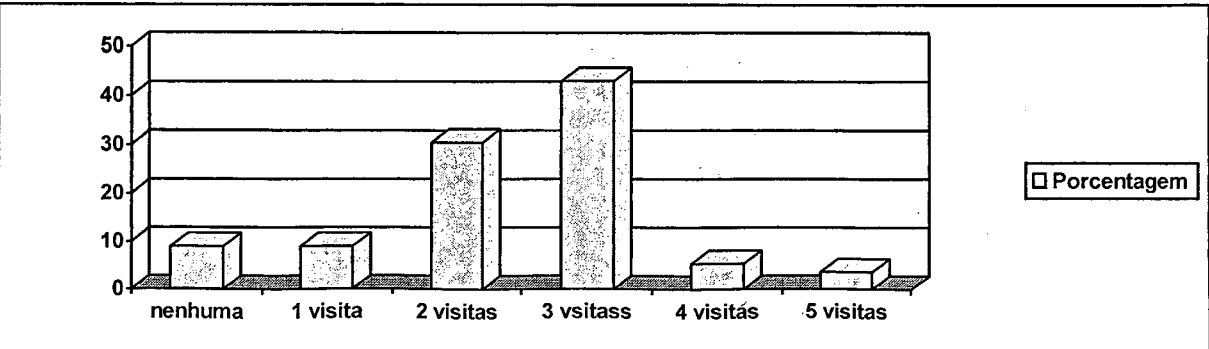


Fonte: Opinião da população de SRL a respeito da adoção do PSF no município, 2001.

96,4 % dos informante refere conhecer o ACS de sua microárea, coincidentemente o mesmo percentual que lembra de uma visita prévia deste funcionário.

A relação do número de visitas do ACS à residência do informante também segue uma aproximação de uma curva de Gauss:

Gráfico V-II: porcentagem de visitas do ACS nos últimos 3 meses segundo o informante.



Fonte: Opinião da população de SRL a respeito da adoção do PSF no município, 2001.

Quanto a conhecer o nome do ACS, **89,3 % dos informantes referiu lembrar-se do nome**. Na categorização destas respostas, 1 ocorrência não se lembrava da visita do ACS, em 3 ocorrências o ACS passou porém o informante não sabia o nome do ACS, e em 1 caso foi informado o nome de um ex-ACS.

O desempenho do ACS por ter sido categorizado em 5 dimensões na escala de Likert, pode ser analisado segundo este prisma, e pelos cálculos necessários se obteve um $IV = 1,1667$ para esta variável.

Ao cruzar-se as variáveis “avaliação do ACS” *versus* “visitas do ACS nos últimos 3 meses”, vê-se que **a satisfação é diretamente proporcional ao número de visitas**.

Cruzando-se “avaliação do ACS” com a “microárea”, percebe-se que **a parte da amostra mais insatisfeita com a atividade do ACS são os da no. 3**.

Na categorização da explicação deste conceito dado pelo informante ao desempenho do ACS, percebe-se que **a satisfação está relacionada com a assiduidade e desempenho pleno de suas funções, e que a insatisfação é ligada à ausência de visitas mensais**.

Um médico do PSF atendeu um dos familiares da amostra em 98,2 % das ocasiões (55 ocorrências), sendo que o atual médico foi consultado em 80,0 % das vezes.

A disponibilidade do médico obteve um $IV = 1,4583$.

A avaliação do trabalho do médico, foi realizada mediante uma Escala de Likert com tridimensionalidade, o que causou redução importante na dispersão dos dados. Foi analisada segundo a redução da dimensionalidade com valores entre -1 a +1, e obteve um $IV = 0,9245$ (poderia ser feita entre -2 a +2, oque resultaria em um $IV = 1,8491$)

A categorização das falas a respeito do trabalho do médico relaciona uma

satisfação favorável a ele ser resolutivo, ser disponível e/ou atencioso e/ou prestativo e/ou interessado e/ou paciente, entrevistar e examinar e orientar. A insatisfação se relacionou com falta de resolutividade.

A visita domiciliar ou escolar por um profissional de nível superior esteve relatada em **82,1 %** da amostra (46 ocorrências).

Quanto ao atendimento odontológico, 89,3 % da amostra (50 ocorrências) teve algum familiar atendido desde que se implantou o PSF.

O atendimento do odontólogo de SRL obteve um $IV = 1,3529$, e em 51,0% das falas estava presente um contentamento relacionado ao resultado estético, em 23,5 % a satisfação foi devida à valorização do informante quanto à realização de prevenção e/ou orientação, em 11,8 % esteve relacionada à resolutividade (mesma parcela da amostra que alegou satisfação devida a outras causas), e em apenas dois casos conceituaram o trabalho como regular, este julgamento foi devido à “longa fila de espera na agenda”.

Uma grande parcela da amostra (80,4 %, com 45 ocorrências de 56) acha que foi mais fácil o acesso ao odontólogo público após o advento do PSF, enquanto que 8,9 % (5 ocorrências) acha mais difícil o acesso e 6 informantes não souberam avaliar.

25 % da amostra relatou ter freqüentado pelo menos uma reunião do Conselho Municipal de Saúde (14 ocorrências), enquanto que 75 % nunca o fez.

A variável “atendimento de saúde anterior ao PSF” obteve $IV = 0,1731$ e as razões deste desempenho foram avaliadas mediante o conteúdo das falas, que permitiu identificar quatro importantes subcategorias para os conceitos regular, ruim e péssimo (inexistência de uma boa UBS, inexistência de ACS, médico com baixa resolutividade e ausência de médico domiciliado em SRL).

Entre os que consideravam o modelo prévio ao PSF como bom ou ótimo, a principal subcategoria encontrada, tinha como denominador comum um sentimento de **repressão de demanda por atendimento médico no modelo**

atual.

Quanto à percepção de mudanças após a transição de modelo, **96,4 % das 56 ocorrências percebeu mudanças na saúde do município**, enquanto que, dois informantes tiveram imigração recente, não tendo, portanto parâmetros para avaliar esta variável.

Entre as mudanças percebidas como favoráveis após a adoção do PSF, constaram na parte estruturada do questionário a construção da nova UBS, aquisição de ambulância, médico domiciliado na cidade, presença de mais profissionais (assistente social, enfermeiro, psicóloga, odontólogo e pessoal técnico), maior carga horária semanal de atendimento e a formação de grupos terapêuticos. **68,5 % dos entrevistados perceberam todas estas mudanças.** Além de perceberem estas mudanças, 4 informantes salientaram de forma aberta a realização de ações preventivas, visitas/consultas domiciliares, melhor preparo dos recursos humanos e maior oferta de serviços. Da amostra, os que perceberam menos de 4 destas mudanças estruturadas representou 1,9 %.

Dos informantes, **39,6 % (21 ocorrências) não perceberam mudanças para pior após a implantação, enquanto que 20 informantes (37,7 %) referiram como desfavorável a mudança constante de médicos, 7,6 % relataram como ruim uma diminuição das consultas pelo médico.** Ainda a respeito de mudanças consideradas ruins, houve 1 referência a menor número de encaminhamentos, 9 entrevistados referiram-se a mais de uma mudança para pior e 1 informante reportou uma menor atenção ao paciente.

Quanto à preferência por um ou outro modelo, **83,1 % da amostra prefere o PSF como modelo de ABS (44 ocorrências), por ter percebido maior resolutividade ou ser-lhe oferecido mais atenção ou atendimento com melhor qualidade ou atividades de prevenção.** Quatro entrevistados não souberam decidir qual o melhor atendimento (2 por achar uma igualdade entre os atendimentos, um por frequentar pouco a UBS e por isto não possuir parâmetros

para avaliar e um por imigração recente).

Dos informantes que preferiram o modelo anterior, 4 ocorrências (9,5 %), acreditavam que no PSF têm menos vagas para consultas ou seja dada menos atenção, ou que o médico do modelo antigo fosse melhor.

O conceito do PSF de SRL junto à amostra obteve um $IV = 1,5091$, e este indicador de impacto foi verificado no conteúdo das falas, quando após interpelado o informante justificava o conceito atribuído. Estas falas foram agrupadas em três categorias (ótimo, bom e regular, os únicos conceitos) e estes, por sua vez em subcategorias, que reuniam as falas. Por estas, pode-se identificar que a satisfação máxima esteve relacionada com resolutividade, bons recursos, qualidade e prevenção. O conceito bom foi dado pelos informantes que afirmaram que se necessitava de melhores profissionais e por outras explicações que se dispersaram de tal forma, que serão abordadas na “DISCUSSÃO”. O conceito regular foi dado por basicamente por problemas no agendamento de consultas ocorrido em suas experiências prévias e por outras explicações vagas abordadas na “DISCUSSÃO”.

6 DISCUSSÃO

Este trabalho foi planejado após o conhecimento de referências (por comunicação pessoal do Prof. Marco A. Da Ros) à respeito do município de SRL durante as aulas de Saúde Pública ministradas no Internato em Saúde Pública da UFSC, onde foram mostrados os Indicadores de Saúde deste município, e as soluções encontradas para os problemas de saúde daquela população, a caminho de um PSF com *Modelo Singular*. Estas peculiaridades suscitaram questionamentos a respeito da satisfação desta população com o modelo a eles oferecido, como esta seria correlacionada com seus Indicadores de Saúde.

O *Grau de Satisfação*¹⁷ foi o método de mensuração escolhido para se avaliar o impacto de implantação deste modelo de assistência à saúde, para se diminuir as dúvidas a respeito da aceitação de uma população a uma estratégia que efetivasse o SUS. Santa Rosa de Lima seria quase como um *Padrão Ouro* (como exposto no MÉTODO) para se cotejar estas informações.

A amostra, apesar de volumosa—por representar 11,07 % das famílias do município ou 11,46 % da população—foi selecionada de forma incorreta, de forma que atualmente não seria possível saber se do ponto de vista estatístico os dados refletem a real opinião do povo de SRL dentro de um intervalo de confiança válido, ou se estes índices que serão discutidos foram fruto apenas de coincidência estatística.

Em todo caso, estes dados são válidos para a amostra, de forma que a análise permitira identificar em quais aspectos a amostra estivera satisfeita com o novo sistema de atenção primária, levantar possíveis descontentamentos, revelando os pontos deficitários nos quais poder-se-ia atuar com mais ênfase, e

dar sugestões de melhora do serviço.

Ao partir ao encontro desta realidade, o Autor encontrou uma cidade acolhedora ao pé da serra catarinense (e por isto com relevo extremamente acidentado), com gente simples, hospitaleira, polida e com gastronomia agradável.

Ao aplicar os questionários, o Autor foi acolhido com certa desconfiança, que desapareceu após alguns momentos de explicação do objetivo da pesquisa. Por vezes foi confundido com pesquisador de opinião política (visto que aproximavam-se as eleições municipais) e em outras vezes confundido com censor do IBGE (fato do qual se aproveitou utilizando a expressão “espécie de censo da saúde de SRL”, para evitar o vício de seleção político que se instalara devido ao PSF ser fruto da gestão da situação).

Ao abordar a família, foi em busca do informante chave^{38 41 42}, para respeitar os critérios de inclusão do estudo que eram entrevistar-se preferencialmente a *matrona*, seguida do pai da família na ausência daquela, ou outro familiar penalmente maior. O sexo predominante foi o feminino com 76,8%, indicando que a pesquisa de campo atingiu parcialmente seus objetivos no tocante a obter como informante dos dados a *mater familia* (fato comprovado a seguir), que teria a maior probabilidade de fornecer informações fidedignas em relação à opinião da família em relação aos serviços de saúde oferecidos. Cumpre lembrar que entre aqueles respondidos pelo pai da família houve uma proporção não identificada em que a mãe participou do inquérito porém não fora nominada, e que na grande maioria das entrevistas houve a participação de mais de um familiar (residente naquele lar), e que as respostas foram obtidas após o consenso das partes, e em uma única ocasião em que houve a presença de estranhos ao domicílio e, quando este se manifestou, houve intervenção precoce procurando evitar a contaminação da opinião dos residentes daquele domicílio, fato acatado.

A moda da posição familiar foi Mãe, com 80,3 %, tendo o Pai 14,2 % a segunda posição, filho 1,8 %, e outros 3,6 % (duas noras) sendo todos maiores que 18 anos, mostrando que foi atingido um das premissas do método.

As famílias possuíam uma média de 4,196 familiares e sua renda familiar *per capita*/ mês fora de R\$ 129,71; o que reflete uma renda razoável considerando que além desta há as culturas de subsistência, que em alguns casos provê as famílias que tiveram esta renda mensal de R\$ 0,00.

A média de escolaridade dos entrevistados foi 5,643 anos de estudo, o que demonstra um baixo nível de escolaridade, se comparado à região sul do país, que é de 6,2 anos³⁴. Não foi abordado neste estudo a idade do informante, mas confrontando-o com o “tempo de residência do informante em SRL”, percebe-se que a média deste tempo é de 32,77 anos, o que nos leva a deduzir que esta geração parental é uma população já fora da idade escolar* e que o perfil educacional da população mais jovem provavelmente esteja se modificando em virtude das facilidades hoje disponíveis, principalmente escolas próximas e transporte.

76.8 % da amostra era de moradores do perímetro rural e 23.2 % do urbano, uma característica anômala, com uma inversão praticamente diametralmente oposta em relação a atual distribuição geográfica da população do estado de Santa Catarina (pop. rural é 21,34 % do total) , e mesmo do Brasil (IBGE³⁴), aproximadamente 80 % urbana.

O tempo médio de residência em SRL foi de 32,77 anos, e estes dados inferem que grande parte da população da amostra (percentil 75 = 46 anos) foi

* Não foi documentado (por não ser objetivo do estudo), mas cerca de um em cada quatro entrevistados falava fluentemente uma segunda língua (predominantemente o idioma alemão), e, inclusive uma das entrevistas necessitou ser conduzida neste idioma com o auxílio de intérprete (filho). Esta nota atesta que aquele povo, apesar de uma baixa escolaridade média entre os chefes de família conhece pelo menos duas línguas, o que os diferencia de outras populações com idêntica baixa escolaridade.

fundadora do município, ha 35 anos, ou são filhos destes (segundo a entrevista com o Sec. De Saúde, transcrita no Anexo).

O total de famílias da amostra que retiram seu sustento de atividades agropecuárias e exploração dos recursos naturais é de 76,6 %, com culturas de subsistência e especializadas em fumo, o que é praticamente coincidente com a população rural da amostra.

Quanto ao conhecimento da existência do PS, 100 % da amostra já foi atendida pela UBS de SRL dos entrevistados, desde as famílias com R\$ 0,00 até R\$ 1200,00 de renda familiar *per capita*, fato que demonstra uma grande penetração do serviço público de saúde em todos os extratos sócioeconômicos. Esta singularidade, que possivelmente não se repetiria em outras cidades brasileiras, provavelmente é devida: primeiro ao isolamento geográfico da cidade, a integralidade do atendimento primário pelo setor público e secundariamente à inexistência do setor privado *explorando* este nicho comercial.

A amostra não apresenta grandes dificuldades para acesso à UBS, os meios de transporte mais utilizados para se deslocar até o PS foram o carro (com 58,9 %), moto (69,6) %, ônibus (12,5 %) e a pé (17,9 %), sendo que 17,9 % dos entrevistados utiliza-se da carona em um destes meios de transporte, principalmente o ônibus de transporte escolar por servir a todas as microáreas. Este parte das periferias pelas manhãs, aptos a chegar no centro da cidade antes do início das aulas da manhã, retornando às periferias ao meio-dia, retornando ao centro para as aulas da tarde, e novamente às periferias no início da noite. É gratuito.

As distâncias das casas dos entrevistados variaram de 200 m até 18 Km, sendo a distância média de 6,727 Km. Todas as residências a mais de 3 Km da UBS foram consideradas como rurais, embora a distância mínima para ser assim classificada foi de 800 m.

As distância da UBS até as residências contabilizou um $IV = 0,6964$, sendo que apenas 3.6 % dos informantes contribuíram com categoria de valor negativo, sendo neutra 35,7 % da amostra. Parece ao Autor que a distância subjetiva da UBS seja importante para se estabelecer o impacto do PSF (por interferir na variável “acesso”. Como se vê, o valor positivo do IV para “distância da UBS” nos mostra que a localização central da UBS não interfere negativamente no *Impacto Global* da implantação, e construir unidades avançadas nas periferias pode não surtir grande impacto na satisfação desta amostra, pois o deslocamento não pareceu ser um grande empecilho ao acesso ao atendimento de saúde.

Como toda a amostra foi atendido pela UBS, todos os informantes provavelmente têm experiência com o PSF para formular parâmetros de julgamento, e os dados da frequência de usuários de grupo demonstra grande atividade preventiva no seio desta amostra.

Em 81,5 % dos atendimentos médicos da amostra o médico foi Fábio Tatsui Omomo, e 16,7 % médico Aurélio Piccoli Crivelli. Portanto, são estes dois os maiores alvos dos conceitos dados nas questões relativas ao médico.

No último atendimento de cada familiar de entrevistado, 92,9 % das consultas com o médico ou o dentista foram marcadas na primeira tentativa, e em 75 % das ocasiões estas consultas foram realizadas em um período de até 7 dias (incluindo-se acolhimento e consulta agendada). Estas constatações são contrárias ao relato do Sr. Secretário da Saúde de SRL (Enf. Carlos V. Pinheiro), que em entrevista filmada relatou o descontentamento da população em relação a marcação de consultas, que esta seria ineficiente ou solapada pela demanda. Este parece ser um tema de bastante discussão entre a comunidade, em que comentários durante a pesquisa relataram o descontentamento de terceiros com a marcação de consultas e o não acolhimento de pacientes, isto foi entendido como posto em forma de boatos, pois não se verificou grande expressão em não

conseguir ser atendido (na última experiência das famílias dos entrevistados). Se é que esta situação um dia se verificou para esta amostra, provavelmente já foi parcialmente contornada pelo esforço da equipe, pois o *IV* para “agendamento de consultas” foi 0,6786—ou seja, há o que melhorar, mas está muito distante de ser negativo. Pelo conteúdo das falas percebeu-se que a maior parte da amostra está familiarizada com o sistema agenda/acolhimento, embora a menor parte discorde deste princípio.

Ainda com referência ao agendamento de consultas, percebeu-se no conteúdo das falas um vício de seleção político, onde os informantes que o demonstraram, mais tarde optariam pelo PSF como ABS.

Na última consulta de cada família entrevistada, realizadas na UBS de SRL, em 96,4 % houve subjetivamente a resolução dos casos. Em apenas 3,6 %, a intervenção da equipe não resolveu o motivo da procura pela UBS. Estes dados refletem uma resolutividade até mesmo maior do que a esperada para a ABS, o que diretamente garante maior qualidade de vida à amostra.

Analisando-se o conteúdo das falas, no tocante à explicitação desta resolução, percebe-se que para esta amostra:

- a) a resolutividade total está relacionada a doenças auto-limitadas ou crônicas com surtos de reagudização.
- b) a resolução parcial está intimamente envolvida com seqüelas de doenças crônicas.
- c) a subcategoria que referiu estar sendo investigada ou tratada do mesmo modo foi exposta a doenças crônicas ou subagudas, mas sente-se amparada pelas ações de saúde da equipe de PSF de SRL.
- d) o quadro sem alterações ou está associado um desvio de desenvolvimento (apinhamento dental) ou uma doença crônica.
- e) a piora do quadro esteve relacionada a uma paralisação de ações de saúde.

O “horário de funcionamento da UBS” apresentou um dos maiores *IV* do estudo, sendo 1,4107, fato demonstrado pela análise do conteúdo das falas desta variável, que revelou que em geral a amostra ficou satisfeita com um atendimento apenas em horário comercial. A amostra foi compreensível quanto à ausência de atendimento noturno ou em fins-de-semana mesmo com a hipótese de adoecer nestes períodos, e que mesmo em alguns casos a equipe foi sensibilizada e atendeu fora do expediente.

Quanto ao ACS, na maioria da amostra se conhece o mesmo (inclusive de nome) e a maior parte de suas atividades, o *IV* foi igual a 1,1667 e percebeu-se que a satisfação da amostra com relação ao seu desempenho é diretamente proporcional à assiduidade mensal e desempenho pleno de suas atividades. Na época do estudo, a parcela da amostra que se demonstrou menos satisfeita foi a da microárea 3.

Quase toda a amostra foi atendida pelo médico do PSF, e os que o consultaram atribuíram conceitos que resultaram em um $IV = 1,4583$ para sua disponibilidade, o que em certa forma confirma nele o perfil de médico de família.

A avaliação de seu trabalho garantiu a ele um alto *IV*, entretanto, verificou-se que a questão estava mal-formulada (podendo possuir um perigoso efeito indutor), além do mais ela se dividia em apenas 3 categorias, de forma distinta das demais, de forma que esta redução na dispersão das respostas pudesse comprometer a acurácia e confiabilidade do teste. O Autor resolveu retirar esta variável do cálculo do *Impacto Global*, e discuti-la aparte. Entretanto, o conteúdo das falas a respeito do desempenho do trabalho do médico confirma a satisfação da população e seu perfil, do ponto de vista que estudamos (pelo menos a respeito da empatia dele com a população).

As atividades no seio da comunidade são claramente perceptíveis nesta amostra, um pouco mais discretamente para a internação domiciliar (mas ainda

com maioria absoluta).

Passou pelo atendimento do odontólogo da UBS quase 90 % da amostra, E sua atividade garantiu um alto *score* com $IV = 1,3529$. A amostra parece mais preocupada com o resultado estético do tratamento (pelo conteúdo das falas) do que com a prevenção de doenças bucais. As ações de saúde bucais estão voltadas para prevenção mesmo contra a vontade da amostra, o que é válido desde que não se abandonem atividades curativas, até que se modifique o pensamento comum. Pelo que se deduz do inquérito, para esta amostra foi muito mais fácil acessar o odontólogo público a partir da implantação do PSF.

Atualmente em SRL a participação popular já atingiu um quarto da amostra, não que seja um número alto pois não é costume se freqüentar rotineiramente as reuniões do CMS, mas é possivelmente maior que em grandes cidades.

O modelo de ABS anterior ao PSF obteve um desempenho sofrível, mas ainda positivo com ($IV = 0,1730$), principalmente porque dava conta de toda a demanda nos dois dias de atendimento médico por semana, em cada um com doze a dezesseis horas de atendimento com pausas apenas para o almoço. **Ninguém partia sem atenção médica nos dias com este atendimento**, entretanto, praticamente inexistia farmácia básica e ações preventivas em uma UBS precária. Estes fatos resultavam em baixa resolutividade subjetiva das ações. Um fato que funcionou como tranquilizador da amostra foi a presença de médico domiciliado no município, relativamente próximo da UBS, o que por meio de relatos pode-se deduzir que neste caso haveria alguém a que recorrer em caso de emergências fora do horário de expediente.

Quase a totalidade da amostra percebeu mudanças no modelo assistencial, sendo que os dois únicos informantes que não puderam responder tiveram imigração após a implantação, não tendo portanto meios de avaliar pela experiência própria. Dos que estavam aptos a responder esta questão, apenas 1

informante percebeu menos de 4 inovações entre as estruturadas (construção da nova UBS, aquisição de ambulância, médico domiciliado na cidade, presença de mais profissionais, maior carga horária semanal e formação de grupos terapêuticos. 89 % percebeu 5 ou mais destas novidades e 4 informantes completaram a parte aberta da questão.

Quase 40 % da amostra não percebeu mudanças para pior na ABS após o PSF, sendo que 37,7 % da amostra relata como desfavorável a mudança repetida de médicos (a permanência destes foi de aproximadamente um semestre).

Ao se confrontar os dois modelos recentes de ABS em SRL, gritantemente apareceu a **preferência pelo PSF em 83,1 % da amostra**, principalmente por maior resolutividade, mais atenção, qualidade e prevenção.

Isoladamente, os juízos sobre o modelo atual de ABS concederam ao PSF um $IV = 1,5091$. Este foi o maior conceito obtido neste estudo. Seus principais méritos residem na resolutividade e na qualidade geral segundo os entrevistados.

Para se chegar ao *Indicador Global de Impacto (IGI)* do PSF, o Autor resolveu concebê-lo por meio da média dos *Indicadores da Variável* após o PSF, exceto o desempenho do médico. Este método não foi abordado por Pereira J ⁴⁴, mas não foi proibido, e provavelmente é válido, desde que se estaria trabalhando com unidades homogêneas.

Esta média resulta em um $IGI = 1,1818$ para o PSF.

Lembrando que o modelo anterior ao PSF atingiu, por seu conceitos, um $IV = 0,1731$, uma comparação válida entre o depois e o antes, tendo como ponto de clivagem o PSF, seria a relação entre ambos IVs, na forma de razão, pois são números absolutos.

$$IIG = IV_d / IV_a = 1,1818 / 0,1731 = 6,8273$$

Esta relação maior do que 1 demonstra, neste caso, uma supremacia do

PSF em proporcionar satisfação a uma população assistida*.

* Para obter esta relação, o Autor evitou realizar a comparação **apenas** dos Ivs de desempenho dos modelos, sem corrigir o segundo pelas diversas variáveis. Caso assim se tivesse realizado, o numerador seria 1,5091. Esta ótica aumentaria ainda mais a relação entre os dois IVs, para 8,7181.

7 CONCLUSÕES

A implantação do PSF em SRL trouxe grande satisfação aos chefes de família da amostra retirada do município, o que pode ser correlacionado com a literatura^{11' 5' 6'} (Rodrigues, A⁴⁵), de forma completamente oposta à população exposta ao modelo hegemônico^{12' 13}.

Como a análise qualitativa obtém confiabilidade a partir do momento em que se esgota o resultado (Cútulo, L⁴⁶) esta etapa provavelmente foi atingida durante o trabalho, quiçá antes de sua conclusão, dadas as repetições enfáticas nas respostas abertas.

Caso o presente estudo obtenha confiabilidade estatística, sua análise quantitativa provavelmente repetirá estes dados, e também possivelmente poderá permitir a extrapolação para toda a população de SRL, e inclusive aos municípios de maior porte, desde que—na medida em que foram guardadas as devidas proporções—seja aplicado à comunidades componentes destes municípios com populações absolutas semelhantes, ou seja, mantendo a mesma relação médico/habitantes até 30.000 habitantes, limite acima do qual ainda há a necessidade de se encontrar soluções mais eficientes (Souza, H; Souza, A⁴⁷).

Por todos os relatos de casos abordados, percebe-se que a implantação do PSF em cidades do porte do de SRL é viável e factível se for desejada uma satisfação semelhante, fator que pode ser atingido desde que realizadas adaptações de acordo com as necessidades locais a serem definidas pelos SILOS, mas para isto também se torna necessário que se alie coragem em enfrentar um modelo já arraigado nos costumes da população e ousadia para sobrepujar o programa mínimo oferecido pelo Estado (como em SRL),

resultando em melhor qualidade de vida para seus cidadãos e talvez futuramente em menores gastos com um bem tão nobre quanto a saúde, ou seja, a solução dos problemas de Saúde Pública na Atenção Básica está em proporção direta com o empenho e vontade política dos governantes locais (e de seus Conselhos Municipais de Saúde) em oferecer acesso equitativo e indiscriminado de seus cidadãos aos serviços de saúde, e que estes sejam de qualidade superior⁷.

Mesmo com as conclusões terminadas, algumas considerações devem ser feitas, na tentativa de enriquecer um tema já em amplo debate:

Ao contrário do que normalmente se compreende, o PSF não é um sistema de saúde barato orientado para pobres, isto sim uma nova tecnologia de serviços³ com qualidade como tema central mas pouco incorporadora de custos¹². Na verdade, com o aumento da cobertura populacional (como o de 100 % neste estudo) podemos esperar aumento nos custos da saúde pelo aumento da demanda^{9' 10}, entretanto, utilizando-se de médicos capacitados à atenção básica estas incorporações de custos podem não se verificar¹⁰, pois o conhecimento da situação epidemiológica e as ferramentas de diagnóstico social podem incluir toda uma população na atenção básica reduzindo gastos (como ocorreu em SRL) e contribui para a eficiência do sistema⁶.

Como a perspectiva de cobertura total do PSF seja de aproximadamente 40.000 equipes implantadas e funcionando (20.000 até fins do ano 2002, um dos fatores fundamentais ao bom desempenho delas seria a presença de equipes com perfil de Saúde da Família, um médico capacitado na atenção básica (Cordeiro, H⁴⁸). Isto cria uma grande incógnita: a reposição de pessoal capacitado para este trabalho é muito mais lenta que a expansão do Programa³, em virtude do alinhamento hegemônico da formação médica¹⁴. Então, onde conseguir uma população médica tão grande que tenha o perfil de médico de família ? As soluções estão em vários domínios, inicialmente na atração de

recém graduados (que ainda dispõem de conhecimentos vívidos das várias áreas de conhecimento da medicina) por meio de boa remuneração¹⁰ e na abertura de novos postos de trabalho, igualmente com salários atrativos (Serra, J⁴⁹).

O atual quadro de recursos humanos do PSF no Brasil necessita de urgente capacitação, preocupação presente do Ministério da Saúde (que também se preocupa com os futuros profissionais⁴⁹).

Uma linha de frente importante é aumentar a velocidade de formação de médicos com perfil de família, por meio da reorientação dos currículos dos cursos de medicina do país, com a inclusão de disciplinas formadoras de profissionais capacitados a receber o paciente, seja qualquer a sua apresentação (por idade, gênero, ou estado reprodutivo), e aptos a resolver os problemas mais incidentes e prevalentes na população, bem como exercer a saúde preventiva e interesse na manutenção e promoção da qualidade de vida deste sofrido porém heróico povo brasileiro. Estas medidas já podem ser encaminhadas, uma vez que já foram criados os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, que são “a articulação de uma ou mais instituições voltadas para a formação e educação permanente de recursos humanos em saúde, vinculadas às universidades ou instituições isoladas de educação superior que se consorciam ou celebram convênios com Secretarias de Estado e/ou Secretarias Municipais de Saúde para implementarem programas destinados ao pessoal vinculado à prestação de serviços em Saúde da Família no âmbito de um ou mais municípios” (Reunião Técnica dos Pólos de Capacitação, formação e educação permanente em Saúde da Família ⁵⁰). Esta instituição tem a finalidade de implantar programas de educação permanente aos profissionais da equipe de Saúde da Família, utilizando cursos curtos presenciais ou educação à distância, implantar cursos de especialização em Saúde da Família ou outras formas de pós-graduação para médicos, enfermeiros e outros profissionais. Deve também tratar da inserção de conteúdos da estratégia nos demais cursos

existentes (saúde coletiva, residências e outros) e **desenvolver iniciativas destinadas a introduzir inovações curriculares nos cursos de graduação.**

Em Santa Catarina o Pólo iniciou suas atividades em Dezembro de 1996, mas pouco tem se visto de resultados concretos na modificação do currículo da Universidade Federal de Santa Catarina.

Siqueira, B⁵¹ muito critica o fato de não possuirmos, no Brasil, uma política de orientação da necessidade de especialistas, como é o caso do Canadá. Ele ressalta também o fato de nos EUA (desde Bill Clinton) estarem restringindo as verbas às faculdades de medicina que não definiram novas estratégias nos seus currículos de graduação em medicina, disponibilizando-as para as que oferecem a Saúde da Família.

No Brasil, desde 1996 temos as ferramentas necessárias para estruturar as mudanças curriculares na graduação em medicina, por meio da Lei 9.394/96, Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) e por sua implementação pelo MEC e pelos atos normativos decorrentes de pareceres e resoluções do Conselho Nacional de Educação, que “ampliaram as possibilidades de ofertas de vagas na educação superior, facilitaram a educação continuada dos graduados e flexibilizou as mudanças curriculares⁴⁸”.

Mudanças com esta orientação têm sido sugeridas ao SESU/MEC pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), pela rede de ensino médico que se articulou em torno do projeto UNI, apoiado pela fundação Kellogg e pelas entidades que se reuniram para a Comissão Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) ⁴⁸.

Temos então os atores desta mudança (os Pólos) e as ferramentas (a LDB), então há uma premência nesta mudança, pois como se pode ver por meio no Brasil de 1995, 0,6 % dos médicos-residentes faziam residência em Medicina Geral Comunitária em comparação com a Grã-Bretanha, 50 % de pós-

graduandos nesta área. O fator mais importante que diferencia os alunos dos dois países é a presença de disciplinas de atenção primária no currículo de graduação. Também é citado em Harzheim a correlação entre a maior presença de disciplinas de medicina da família em currículos de escolas que ocupavam o topo de um *ranking* que foi estabelecido segundo a porcentagem de alunos graduados que escolhiam a medicina da família⁵.

O Autor gostaria de ressaltar que possui o entendimento de representação de um governante eleito como a obrigação não apenas de transformar em realidade as promessas de campanha, mas cumprir a carta magna e também de satisfazer o povo em seus anseios, na medida do possível, sem incorrer no erro do populismo. A saúde é um dos principais campos onde há a possibilidade de se reduzir um pouco mais diferença, a concentração de nossas vastas riquezas e rumar nossa nação entre as grandes do mundo, dando um pouca mais de conforto, satisfação e qualidade de vida a nosso povo.

Guardo, ainda, o ensejo de agradecer o Conselho Municipal de Saúde de SRL pela adoção do PSF, e à Secretaria Municipal de Saúde pela forma como administraram seu orçamento para resultar em um serviço cujos frutos tão belos estão sendo agora colhidos.

8 REFERÊNCIAS

1. Burlandy L, Bodestein RCA. Política e saúde coletiva: reflexão sobre a produção científica (1976-1992). Cad. Saúde Pública 1998; 14(3):543-54.
2. Teixeira SMF. Projeto montes claros: a utopia revisitada. 1ª edição. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p.13-8.
3. Dal Poz MR, Viana ALD. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. Physis: Rev. Saúde Coletiva 1998; 8(2): 11-48.
4. Tancredi F. Tendências do enfoque em atenção primária e saúde da família na reorganização dos sistemas nacionais de saúde: perspectivas e experiências acumuladas em âmbito mundial e latino-americano. Anais. p. 19-23
——Coordenação da Atenção Básica, Ministério da Saúde, 1999. 80 p.
5. Harzheim E, Furtado CD, Stein AT, Rosenthal. Revista Bras. Ed. Méd. 1999; 23 (2/3): p. 72-8.
6. SAÚDE PARA TODOS: O plano do médico de Família. Editorial. Outubro de 1994. p. 12-7.
7. Guerra CHW. Invertendo uma situação de saúde coletiva – relato de experiência. Rev. At. Primária à Saúde. 2000; 3(5):38-43.
8. Boelen C. Tendências do enfoque em atenção primária e saúde da família na reorganização dos sistemas nacionais de saúde: perspectivas e experiências acumuladas em âmbito mundial e latino-americano. Relatório Final.
——Coordenação da Atenção Básica, Ministério da Saúde, 1999. 80 p.

9. Jatene A., Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família, Conferência Inicial. I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família: Relatório Final. P. 11-15.
 ———Coordenação da Atenção Básica, Ministério da Saúde, 1999. 80 p.
10. Serra J. Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família, (1.: 1999: Brasília, DF), Conferência Inicial. I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família: Relatório Final. P. 16-17.
 ———Coordenação da Atenção Básica, Ministério da Saúde, 1999. 80 p.
11. Cunha J. Mauá: o amor faz a diferença. Rev. Bras. Saúde da Família. 1999; 1(1):30-38.
12. Souza HM. O futuro tecido no presente. Rev. Bras. Saúde da Família. 1999; 1(1):7-9
13. Souza RR. A população em primeiro lugar. Rev. Bras. Saúde da Família. 1999; 1(1):30-38. p.4.
14. Chaves MM. Medicina familiar e cuidados primários de saúde: alma-ata revisistada. Rev. Bras. Educação Médica. 1999; 23(2/3):50-78.
15. Fernandes AS, Souza MF, Araújo CL, Fernandes MC. Gestão da atenção básica. Divulgação em Saúde para Debate. 2000; 10(21):7-14.
16. Hartz, ZMA. Pesquisa em avaliação da Atenção Básica. Divulgação em Saúde para Debate. 2000; 10(21):29-35.
17. Aquino A, Carvalho R, Medina M. Avaliação da Atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS. Divulgação em Saúde para Debate. 2000; 10(21):15-28.
18. Da Ros MA. Fórum popular estadual de saúde: expressão catarinense do movimento sanitário, para os anos 90. Trabalho produzido para concurso de professor Titular no Departamento de Saúde Pública/CCS/UFSC [monografia]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1996. 74 p.

19. Teixeira SMF, Campos FE, Felipe JS et alli. Projeto montes claros: a utopia revisitada. In Teixeira SMF(org). Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 9-10.
20. OMS – Alma-Ata
21. OMS - *Carta de ottawa*. Ottawa,1986.
22. Pedrosa JIS. Controle social no sus: os conselhos municipais e locais de saúde e eficácia política. Rev. de Atenção Primária à Saúde. 2000; 3(5):20-5.
23. BRASIL. Constituição. Brasília: Senado Federal, 1988.
24. OMS – OPAS. Desafios para la educación en salud pública. 1er. edición. 2000
25. BRASIL. Manual da atenção básica. 1998.
26. Costa NR. O banco Mundial e a política social nos anos 90. A agenda para a reforma do setor saúde no Brasil. [Texto sintetizado da Tese de Doutorado “Políticas Públicas e Justiça Urbana...”]. FAU/USP, 1996.
27. Serra J. A diversidade é a maior riqueza. (Entrevista concedida) Rev. Bras. Saúde da Família 1999; 1(1)5.
28. Negri B . Atenção básica: financiamento, descentralização e equidade. In Reunião Técnica dos Pólos da Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família. Anais...Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde; 2000. p. 9-12.
29. BRASIL – Ministério da Saúde. Pólos de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para saúde da família: Concepção, compromissos e estratégias de operacionalização. In Reunião Técnica dos Pólos da Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família. Anais...Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000. p. 19.

30. Benigni B. La domiciliarità come principio fondante. *Qualità Equità* 2000; 17:20-30.
31. Comelles JM. Medical practice and local knowledge. The role of ethnography in the construction of the medical hegemony. Tanigushi Symposium; 1996. 42p.
32. Crivelli AP, Pinheiro, CEV. Experiência de uma rosa. In Painel exposto na I Mostra de Saúde da Família. Brasília; 1999.
33. BRASIL–TSE. www.tse.gov.br/eleicoes/eleicoes96/resultadospormunicipio/
34. BRASIL–IBGE www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/censo2000/consulta.php?paginaatual=1&uf=42&letra=s#topo/
35. BRASIL – DATASUS. www.datasus.gov.br/psf/
36. Rebegliato M, Ruiz I, Arranz, M. Metodologia de investigación en epidemiologia, 1ª ed. Madrid: Ediciones Diaz de Santos S.A; 1996.
37. Severino AJ. Metodologia do trabalho científico. 21ª ed. São Paulo: Cortez; 2000.
38. Minayo MCS, Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R. Pesquisa social. Teoria, método e criatividade. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 1994.
39. Dominguez, BN. O programa de saúde da família. Como fazer. 1ª ed. Campinas: Computação Gráfica e Editora Ltda; 1998.
40. Yalour MR, Tobar F. ¿Como hacer tesis y monografias sobre políticas, servicios y sistemas de salud? 2 da edición. Buenos Aires: Isalud; 1999.
41. Cañals J, Romaní O. Médicos, medicina y medicinas. Del sacerdocio al marketing. *Archipiélago* sd, 25:26-38.
42. Vieira RCPA, A articulação saúde-educação no brasil: resgate e reflexão. *Rev. de Atenção Primária à Saúde* 2000 3(5):12-9.
43. Diário Catarinense; manchete 15(5010):1.

44. Pereira JCR. Análise de dados qualitativos. Estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. 2ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1999.
45. Rodrigues A. Cidadania no Horizonte. Rev. Bras. Saúde Família 2000 1(1):38-45.
46. Cúculo L. Comunicação pessoal. Fevereiro de 2001.
47. Souza HM, Souza AMAF. Estratégias para a organização da atenção básica no Brasil. In Anais da Reunião Técnica dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria das Políticas da Saúde, 2000. p14-6.
48. Cordeiro H. Os desafios do Ensino das Profissões de Saúde Diante das Mudanças do Modelo Assistencial: contribuição para além dos pólos de capacitação em saúde da família. *Divulg. em Saúde para Debate* 2000; (21)36-43.
49. Serra J. Abertura. Reunião Técnica dos Pólos da Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, In: anais...Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde; 2000. p. 7.
50. Pólos da Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, Concepção, compromissos e estratégias de operacionalização. In: Anais...Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde; 2000. p.19.
51. Siqueira BP. Tendências do enfoque em atenção primária e saúde da família na reorganização dos sistemas nacionais de saúde: perspectivas e experiências acumuladas em âmbito mundial e latino-americano. Relatório Final.
—Coordenação da Atenção Básica, Ministério da Saúde; 1999. p. 22-3

9 RESUMO

A presente monografia tem por objetivo avaliar o impacto de implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em Santa Rosa de Lima (SRL), por meio do *Grau de Satisfação* (GS) dos chefes de família em relação aos diversos serviços oferecidos pela Unidade Básica de Saúde da Família e em relação ao desempenho dos seus diferentes profissionais, bem como identificar suas dificuldades de desempenho (se houverem), e sugerir ajustes, se necessário.

Para elaborar esta pesquisa avaliativa, o Autor recorreu metodologicamente a um estudo transversal, descritivo por amostragem simples com características de conglomerado, quantitativo e qualitativo uma vez que é investigada a análise do conteúdo das respostas abertas. O impacto da implantação foi definido por meio da redução da dimensionalidade das Escalas de Likert, de pentadimensionais para unidimensionais, e comparados os *Indicadores de Impacto* antes e depois da implantação.

Averiguou-se que a satisfação da população em relação ao modelo anterior ao PSF era de $GS = 0,1731$; após a implantação o GS foi 1,5091. O aumento no GS após a implantação foi confirmado por meio da análise dos conteúdos das falas da população da amostra.

Pelos dados obtidos poder-se-ia afirmar que a população estaria mais satisfeita com modelo de saúde após a implantação do PSF, e que entre os principais dificuldades em satisfazer a população estão a demanda por atendimento (via de regra no país) e a distância da Unidade Básica de Saúde da Família até os domicílios dos entrevistados.

10 SUMMARY

The purpose of this study is to evaluate the establishment of the Family Health Program (FHP) in Santa Rosa de Lima (SRL)—Santa Catarina, Brasil, using the “*Satisfaction Index (SI)*” of the family leaders in relation with the several services offered by the Basic Family Health Unit (BFHU), and also with the performance of the different professionals involved, as well as identify their difficulties, and suggest adjustments, if necessary.

To make this evaluable research, the author used a descriptive transversal experiment with simple sample size, cluster characteristics, quantitative and qualitative analysis.

The establishment impact was defined by the lowering of the dimension of the Likert Scale, from five to one and compared the *impact index* before and after the establishment.

The author found out that the sample satisfaction in relation with the previous health attention in SRL was $SI = 0.1731$, after the adoption of the FHP the $SI = 1.5091$. The increase in the SI was confirmed by means of the analysed contents of the population answers.

From the studied data we could say that the assisted population would be happier with this new model of basic attention.

Among the main difficulties to satisfy the target population are: the great claim for assistance and the distance between the BFHU to the interviewed homes.

11 APÊNDICE I

Mapa do Município de Santa Rosa de Lima.

APÊNDICE II

INQUÉRITO: OPINIÃO DA POPULAÇÃO USUÁRIA DO SISTEMA ÚNICO (SUS) DE SANTA ROSA DE LIMA (SRL) SOBRE A ADOÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO

I-Nome: _____

II-Endereço: logradouro (Rua, Avenida, Estrada geral, etc.): _____

_____ No. num Complemento(Casa, Bloco, Apto., Fundos, etc.): _____

III-Telefone: num _____

IV- Anos completos de estudo: num _____

V- Num. Familiares: _____

VI- Renda familiar bruta (soma da renda de todos familiares): _____,00

VII- Renda familiar *per capita*/mês R\$: _____,00

VIII-Posição familiar: #

1- Pai: _____

2 -Mãe: _____

3 -Outro (Qual): _____

IX-Prontuário da família num: _____

X-Tempo de residência no município: _____ anos. _____ meses (se menos de 1 ano)

XI-Teve algum contato com o Serviço de Saúde público de SRL (ACSs, médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, psicóloga ou dentistas) nos últimos 5 anos ?

1-sim: _____ (ir para 1)

2-não: _____ (ir para XII)

XI-Por quê?

1-não sabe da existência do Atendimento Público de Saúde em SRL: _____(ir para 1)

2-prefere não ser atendido pelo SUS: _____(fim da entrevista)

1-Morador do perímetro: #

1-urbano: _____ (ir para 2)

2-rural: _____ (ir para 2)

2- Atividade familiar: #

1- Setor primário: _____ (ir para 3)

2 -Setor secundário: _____ (ir para 3)

3 -Setor terciário: _____ (ir para 3)

4 -1 e 2: _____ (ir para 3)

5 -1 e 3: _____ (ir para 3)

6 - 2 e 3: _____ (ir para 3)

7 - 1 e 2 e 3: _____ (ir para 3)

3-Você contrata empregados (funcionários domésticos ou rurais) ? #

1-sim:___ (incluir como familiar, entrevistar um em outra ocasião, ir para 4)

2-não:___ (ir para 5)

4-Quando eles precisam de atendimento de saúde, eles são atendidos pelo SUS ?#

1-sim:___ (ir para 5)

2-não:___ (ir para 5)

5- Que tipo de meio de transporte sua família usa para ir ao PS ? #

1-carro:___ (ir para 6)

2-moto:___ (ir para 6)

3-ônibus:___ (ir para 6)

4-trator:___ (ir para 6)

5-carroça:___ (ir para 6)

6-cavalo:___ (ir para 6)

7-bicicleta:___ (ir para 6)

8-a pé:___ (ir para 6)

9-ambulância:___ (ir para 6)

10-carona com um dos anteriores:___ (ir para 6)

11-desconhece a existência de um Centro de Saúde:___ (ir para 12)

6- Distância do PS até a residência: Km:___ m:___ (ir para 7)

7- Como é a distância do PS até a sua casa ? #

1-muito longe:___ (ir para 8)

2-longe:___ (ir para 8)

3-distância moderada:___ (ir para 8)

4-perto:___ (ir para 8)

5-muito perto:___ (ir para 8)

6-não sabe que existe o CS:___ (ir para 12)

8-Alguém da sua família já foi (por qualquer motivo) PS (incluir apenas o último evento) ? #

1-foi por um motivo não relacionado à saúde:___ (ir para 9)

2-não sabem que existe:___ (ir para 12)

3-alguém da família é freq. ocasional:___ (ir para 9)

4-alguém é usuário assíduo:___ (ex. usuário de grupo, doente crônico, etc.):___ (ir para 9)

5-sabem que existe, mas ninguém nunca foi:___ (ir para 11)

9-Era por questão de doença ?

1-sim:___ (ir para 9.1)

2-não:___ (ir para 9.2)

9.1-Vocês queriam marcar uma consulta ? #

1-sim:___ (ir para 9.3)

2-não:___ (ir para 9.2)

9.2-Por que foi?_____ (ir para 10)

9.3- Quando foi esta ocasião ?

- 1-ha mais de 3 anos:___ (ir para 10)
- 2-entre 2 e 3 anos:___ (ir para 10)
- 3-entre agosto de 1999 e abril de 2000:___ (ir para 10)
- 4-de maio de 2000 até hoje:___ (ir para 10)

10 -Alguém da sua família já precisou de Atendimento Público de Saúde nos últimos 5 anos ? #

- 1-sim:___ (ir para 10.1)
- 2-não:___ (ir para 10.3)
- 3-desconhece a existência do CS:___ (ir para 12)

10.1-Vocês conseguiram uma vaga para consulta na primeira vez que tentaram marcá-la? #

- 1-sim:___ (ir para 10.2)
- 2-não:___ (ir para 10.2)
- 3-não lembra:___ (ir para 10.2)

10.2- Vocês conseguiram consulta para até a semana seguinte ? #

- 1-sim:___ (ir para 10.3)
- 2-não:___ (ir para 10.3)
- 3-não lembra:___ (ir para 10.3)

10.3-Que tipo de encaminhamento foi dado: #

- 1-consulta:___ (ir para 10.4)
- 2- não foi dada atenção:___ (ir para 10.4)
- 3-consulta e tratamento:___ (ir para 10.4)
- 4- exames:___ (ir para 10.4)
- 5-encaminhamento a um especialista:___ (ir para 10.4)
- 6- tratamento:___ (ir para 10.4)
- 7-informações/orientações:___ (ir para 10.4)
- 8- consulta, tratamento e encaminhamento a um especialista:___ (ir para

10.4)

- 9-não se recorda do desfecho do evento:___ (ir para 10.4)

10.4- Na última vez em que alguém da sua família consultou no Posto por motivo de doença, #**1-curou-se apenas com orientações (sem tratamento com remédios):___ (ir para 10.5)**

- 2-nunca precisaram do PS por doença:___ (ir para 11)
- 3-foi tratado e curado:___ (ir para 10.5)
- 4-foi tratado mas não foi curado:___ (ir para 10.5)
- 5-não tem cura:___ (ir para 10.5)
- 6-o tratamento precisa de remédio (s) para sempre:___ (ir para 10.5)
- 7-a ocasião resultou em óbito:___ (ir para 10.5)

10.5- Quanto ao motivo da procura pelo PS, o que você acha que aconteceu com o problema? #

1-foi resolvido (pelo SUS e/ou não):__ (ir para 10.6.1)

2-está em resolução: __ (ir para 10.6.1)

3-não foi resolvido: __ (ir para 10.6)

10.6- Acha que a responsabilidade de não resolver foi de quem ? #

1-do médico: __ (ir para 10.6.1)

2-do dentista: __ (ir para 10.6.1)

3-do enfermeiro: __ (ir para 10.6.1)

4-das auxiliares de enfermagem: __ (ir para 10.6.1)

5-de outros profissionais do PS: __ (ir para 10.6.1)

6-de outras pessoas, (quem?): _____ (ir para 10.6.1)

10.6.1- Por quê: _____ (ir para 10.7)

10.7- Como é a marcação de consultas no PS ? #

1-bom: __ (ir para 10.7.1)

2-muito ruim/péssimo: __ (ir para 10.7.3)

3-ótimo: __ (ir para 10.7.1)

4-regular: __ (ir para 10.7.2)

5-ruim: __ (ir para 10.7.3)

10.7.1- Por que a marcação de consultas é boa ou ótima/excelente ?#

1-consegue consultas de emergências na hora: __ (ir para 11)

2-consegue consultas de para a mesma semana: __ (ir para 11)

3-consegue consultas para pelo menos duas semanas: __ (ir para 11)

4-outros motivos(quais): _____ (ir para 11)

10.7.2- Por que a marcação de consultas é regular ? #

1- não consegue consultas de emergência para o mesmo dia: __ (ir para 11)

2- não consegue consultas antes de uma semana: __ (ir para 11)

3- não consegue consultas antes de duas semanas: __ (ir para 11)

4-outros motivos

(quais): _____ (ir para 11)

10.7.3- Por que a marcação de consultas é ruim ou muito ruim/péssimo ? #

1-não consegue consultas de emergência: __ (ir para 11)

2-não consegue consultas antes de duas semanas: __ (ir para 11)

3-outros motivos

(quais): _____ (ir para 11)

11- Como você considera o horário de atendimento do PS ? #

1-bom: __ (ir para 11.1)

2-regular: __ (ir para 11.1)

3-ótimo/excelente: __ (ir para 11.1)

4-muito ruim/péssimo: __ (ir para 11.1)

5-ruim:___ (ir para 11.1)

6-não sabe da existência de um CS, ou do horário de funcionamento:___ (ir para 11.1)

(ir para 11.1)

11.1-por quê

?_____ (ir para 12)

12-O que você acha que o ACS faz? #

1-pergunta se há alguém doente em casa:___ (ir para 12.1)

2-pesa e mede a altura das crianças:___ (ir para 12.1)

3-faz vacinação:___ (ir para 12.1)

4-leva alguém do SUS na casa do doente que não consegue ir ao PS:___ (ir para 12.1)

5- ensina a importância da higiene pessoal:___ (ir para 12.1)

6-ensina como funciona o PS:___ (ir para 12.1)

7-não sabe o que o ACS faz:___ (ir para 12.1)

8-mais de uma das anteriores (quantas):___ (ir para 12.1)

9-outras além das anteriores:_____

(ir para 12.1)

12.1-Você conhece (de vista, visita ou de nome) o ACS da sua região ?#

1-sim:___ (ir para 12.2)

2-não:___ (ir para 12.2)

12.2-Ele (ela) já visitou a sua casa ? #

1-sim:___ (ir para 12.3)

2-não:___ (ir para 12.5)

12.3-Visitou nos últimos 30 dias ?#

1-sim:___ (ir para 12.4)

2-não:___ (ir para 12.4)

12.4- Quantas vezes o ACS veio nos últimos 3 meses:___ (ir para 12.5)

12.5-Você sabe o nome do (a) ACS ? #

1-não:___ (ir para 12.7)

2-sim:___ (nome:_____) (ir para 12.6)

12.6-Nome do

ACS:_____ (ir para

12.7)

12.7-O que você acha do trabalho dos ACS's ?#

1-bom:___ (ir para 12.8)

2-regular:___ (ir para 12.8)

3-ruim:___ (ir para 12.8)

4-não conhece:___ (ir para 12.8)

5-ótimo:___ (ir para 12.8)

6-muito ruim/péssimo: __ (ir para 12.8)

12.8-Por quê: _____ (ir para 13)

13-Alguém da sua família já foi atendido pelo médico da Prefeitura de SRL (última consulta) ?

1-sim: __ (ir para 13.1)

2-não: __ (ir para 14)

3-está com uma consulta agendada: __ (ir para 13.1)

13.1-Quando foi esta consulta ?

1-ha mais de 3 anos: __ (ir para 13.2)

2-entre 2 e 3 anos: __ (ir para 13.2)

3-entre agosto de 1999 e abril de 2000: __ (ir para 13.2)

4-de maio de 2000 até hoje: __ (ir para 13.2)

5-para os próximos meses: __ (ir para 13.2)

13.2-Vocês lembram do nome do (a) médico (a) ?

1-sim: __ (ir para 13.3)

2-não: __ (ir para 13.4)

13.3-Nome do (a) médico

(a): _____ (ir para 13.4)

13.4 Quanto à disponibilidade do médico, como ela é ? #

1-muito ruim/péssima: __ (ir para 13.5)

2-ótima/excelente: __ (ir para 13.5)

3-ruim: __ (ir para 13.5)

4-regular: __ (ir para 13.5)

5-boa: __ (ir para 13.5)

13.5-Por quê ? _____ (ir para 13.6)

13.6-Você acha que o médico faz um bom trabalho ? #

1-sim: __ (ir para 13.7)

2-não: __ (ir para 13.7)

13.7-Por quê: _____ (ir para 14)

14-O médico, ou o enfermeiro, ou o dentista, ou a assistente social, ou a psicóloga já atenderam alguém de sua família fora do PS (em casa, na escola ou no trabalho) e/ou descobriram que alguém estava doente ?

1-sim: __ (ir para 15)

2-não: __ (ir para 15)

15-Vocês conhecem alguém que já foi internado na própria casa ?#

1-sim: __ (ir para 16)

2-não: __ (ir para 16)

16-Alguém de sua família já realizou tratamento dentário com os dentistas da prefeitura ?#

1-sim: __ (ir para 16.1)

2-não: __ (ir para 16.3)

16.1-O que vocês acharam do atendimento com o dentista da prefeitura (incluir consulta e tratamento)?#

1-bom: __ (ir para 16.2)

2-muito ruim/péssimo: __ (ir para 16.2)

3-regular: __ (ir para 16.2)

4-ruim: __ (ir para 16.2)

5-ótimo/excelente: __ (ir para 16.2)

16.2-Por quê ? _____ (ir para 16.3)

16.3- Vocês tem mais acesso ao dentista da prefeitura agora do que ha 5 anos ?#

1-sim: __ (ir para 17)

2-não: __ (ir para 17)

3-não sabe da existência de dentista público: __ (ir para 17)

4-nunca tentaram marcar uma consulta com o odontólogo público: __ (ir

para 17)

17-Você já foi a uma reunião do CMS ?#

1-sim: __ (ir para 18)

2-não: __ (ir para 18)

18- Como era o atendimento no Sistema Público de Saúde em SRL ha 5 anos ? #

1-bom: __ (ir para 18.2)

2-regular: __ (ir para 18.1)

3-ótimo/excelente: __ (ir para 18.2)

4-ruim: __ (ir para 18.1)

5-muito ruim/péssimo: __ (ir para 18.1)

6-não sabe avaliar: __ (ir para 19)

18.1- Por que o atendimento de Saúde Pública era regular, ruim ou muito ruim/péssimo ha 5 anos em SRL ? #

1-não havia PS: __ (ir para 19)

2-não havia ACS: __ (ir para 19)

3-o médico não resolvia sua doença: __ (ir para 19)

4-eles não atendiam e mandavam o paciente para outras cidades: __ (ir

para 19)

5-não conseguia consulta com facilidade: __ (ir para 19)

6-outras: _____ (ir para 19)

18.2-Por que o atendimento de saúde pública de SRL ha 5 anos era bom ou ótimo/excelente? #

1-havia mais consultas médicas: __ (ir para 19)

2-havia uma unidade de saúde melhor: __ (ir para 19)

3-havia melhores médicos: __ (ir para 19)

4-outras: _____ (ir para 19)

19-Vocês perceberam mudanças no SUS em SRL nos últimos 5 anos ?

1-sim: __ (ir para 19.1)

2-não: __ (ir para 22)

3-não sabe avaliar: __ (ir para 22)

19.1-O que você percebeu de mudanças boas no SUS em SRL de 5 anos para cá ?

1-construção da nova unidade: __ (ir para 20)

2-presença de ambulância: __ (ir para 20)

3-médico domiciliado na cidade: __ (ir para 20)

4-presença de mais profissionais: __ (ir para 20)

5-maior carga horária de atendimento: __ (ir para 20)

6-formação de grupos terapêuticos: __ (ir para 20)

7-outras: _____ (ir para 20)

20- O que você percebeu de mudanças ruins no PS de 5 anos para cá ? #

1-mudança constante de médicos: __ (ir para 21)

2-menos consultas encaminhadas para especialistas: __ (ir para 21)

3-outras: _____ (ir para 21)

21- Você gostava mais do atendimento público de saúde de antes de 3 anos ou o de agora ?

1-antes: __ (ir para 21.1)

2-agora: __ (ir para 21.1)

3-não sabe avaliar: __ (ir para 21.1)

21.1- Por quê ? _____ (ir para 22)

22- Você sabe o que o Serviço Público de Saúde oferece ?

1-não: __ (ir para 23)

2-sim: __ (ir para 22.1)

22.1- Quais os serviços de saúde que a prefeitura oferece ? #

1-consultas médicas: __ (ir para 23)

2-consultas odontológicas: __ (ir para 23)

3-consultas por outros profissionais: __ (ir para 23)

4-vacinação: __ (ir para 23)

5-fornecimento de medicamentos: __ (ir para 23)

6-encaminhamentos: __ (ir para 23)

7-Outras: _____ (ir para 23)

23- Como você classifica o serviço de saúde em SRL e por quê ?#

1-ótimo/excelente: __ (ir para 24)

2-bom: __ (ir para 24)

3-razoável: __ (ir para 24)

4-ruim: __ (ir para 24)

5-muito ruim/péssimo: __ (ir para 24)

24- Por que: _____ (ir para 25)

25- O que acha que o Serviço Público de Saúde em SRL poderia oferecer para melhorar ?

(FIM)

12 ANEXO

Segue nesta sessão, a entrevista gravada em audiovisual com o Sr. Secretário da Saúde de Santa Rosa de Lima, o enfermeiro Carlos Pinheiro.

ENTREVISTA COM O SENHOR SECRETÁRIO DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SANTA ROSA DE LIMA

Entrevistador: Boa noite, eu tenho o prazer de entrevistar o senhor Secretário da Saúde do município de Santa Rosa de Lima, que nos elucidará como foi implantado o PSF no município, quais os motivos e os resultados obtidos.

Carlos Pinheiro: Boa noite, é um prazer poder trazer alguns esclarecimentos sobre a iniciativa em Santa Rosa.

Entrevistador: Qual o Seu nome completo.

Carlos: Carlos Joaquim Vogelsanger Pinheiro

Entrevistador: Nível de escolaridade ? Graduação: habilitação e escola.

Experiências profissionais anteriores. .

Carlos: Nível Superior. Graduei-me na UFSC em Enfermagem em 1989, sou Pós-graduado em Enfermagem (em Administração dos Serviços de Saúde Pública de Enfermagem) em 1995. Já desenvolvi atividades como Secretário Municipal de Saúde de 1993 a 1996 em Santo Amaro da Imperatriz/SC, fui Coordenador Regional da Pastoral da Criança (em Santo Amaro da Imperatriz). Desenvolvi trabalhos em homeopatia, implantando o primeiro Serviço de Homeopatia na Saúde Pública em Santo Amaro da Imperatriz, quando secretário, onde o trabalho continua com grandes resultados, e baixa relação custo/benefício, com um médico homeopata na Rede Pública e uma farmacêutica homeopata que manipula os medicamentos

Entrevistador: Qual o tempo de investidura do cargo em Santa Rosa de Lima ?

Carlos: Recebi o convite em agosto de 1998, então seria há um ano e oito meses.

Entrevistador: Para termos um melhor conhecimento da cidade, qual a idade do município, de quem ele se emancipou ?

Carlos: O município se desmembrou de Rio Fortuna há aproximadamente 35 anos. Foi considerado o menor município do Estado, embora não tenha mais este título. Fazia parte do circuito de comércio de suíno e de banha que eram entregues no porto de Laguna/SC.

Entrevistador: Qual a colonização ?

Carlos: Européia, basicamente alemã, onde a atividade principal há 15 anos era a agricultura graneleira, suinocultura e o fumo.

Entrevistador: O município tem História de luta por estar próximo de Anitápolis (terra natal de Anita Garibaldi), sindicalismo forte...?

Carlos: O município tinha uma História de trilhas a Anitápolis, Florianópolis, Rio Fortuna, Rancho Queimado, Alfredo Wagner, Bom Retiro e Porto Alegre. Na década de 30 entre Santa Rosa e Anitápolis houve batalhas. Inicialmente a localidade era habitada por índios que foram completamente extintos ou expulsos. Deste fato geraram-se os nomes dos locais como Rio dos Peixes, Rio dos Índios e Rio Bravo.

Entrevistador: Qual a extensão e população do município ?

Carlos: Ele possui entre 150 e 160 Km², mas é populacionalmente pequeno pelos dados do IBGE com em torno de 1850 habitantes, mas com os dados do PSF com 100 % de cobertura com aproximadamente 2050 pessoas são atendidas pela Saúde Pública pelo PSF.

Entrevistador: O senhor relatou que a base da economia do município é a agricultura, restando pequena parcela para a indústria (baseada na industrialização de derivados animais). E no turismo, há alguma perspectiva na cidade?

Carlos: Vale ressaltar uma iniciativa muito louvável que está sendo realizada no município, que é a implantação do Município Sustentável, aliado à questão ambiental, desenvolvido há 2 anos pelo professor da UFSC, Wilson Schmidt (oriundo de Santa Rosa de Lima), que é o Presidente da Associação dos Agricultores da Encosta da Serra (AGRECO), e que está desenvolvendo um projeto de cultivo sustentável sem agrotóxicos, aliado a isto um Turismo Sustentável. Além disto, vários projetos também estão sendo encaminhados, inclusive à agroindústria, indústria ecológica prestes a iniciar suas atividades com os financiamentos liberados pelos Ministério e da Secretaria Estadual da Agricultura para o abate de frangos, hortaliças, açúcar, melado, entre outros, todos subsidiados com este programa do Projeto Agroecológico, com a grande importância de estar aliado à preservação ambiental.

Entrevistador: O município sofre com a empobrecimento do solo e com o êxodo rural, problemas que estão muitas vezes interligados ?

Carlos: O êxodo rural está mais presente com as famílias que vêm trabalhar na época do plantio do fumo, que há poucos anos foi a grande potencialidade econômica e que perdeu importância, mas mantém grande importância: há produtores que contratam trabalhadores por temporada que findo o trabalho retornam aos seus municípios, mas o município não apresenta um movimento migratório que nós do PSF detectamos como uma gravidade como a que se apresentava há 10 ou 15 anos.

Entrevistador: E alguns dados como os de estrutura populacional por idade, sexo, relação entre população urbana e rural, renda familiar, seriam dados que o senhor não disporia de imediato, mas algumas informações aproximadas ...

Carlos: Com relação à população urbana, se restringe a 30 % (em torno de 500 habitantes) e 70 % na área rural (em torno de 1500 a 1600 pessoas), e na população economicamente ativa a renda familiar gira em torno de 2 a 3 salários mínimos, com uma grande perspectiva—volto a falar— na AGRECO, onde estão sendo criadas diversas agroindústrias, e onde o próprio produtor poderá oferecer a sua mercadoria (fruto do plantio, da agroindústria de conservas, verduras, hortaliças, doces, leite, frangos, suínos), o que é uma grande perspectiva agora.

Dentro da divisão da população por sexo e faixa etária, de memória tenho alguns dados consolidados pelo PSF, que são fiéis e exatos. Nas mulheres em idade reprodutiva, temos entre 500 e 600 mulheres, população de ambos os sexos entre 6 e 12 anos, temos entre 300 e 350 crianças, acima de 65 anos temos em torno de 120, população masculina na faixa intermediária temos em torno de 500 habitantes. Nós temos estes dados exatos, mas de memória não os posso precisar, embora os possamos repassar para que você incorpore à sua pesquisa dependendo do seu nível de interesse.

Entrevistador: Com relação à população que tem pouco ou nenhum uso do serviço, entre aqueles são usuários eventuais, e aqueles que têm alguma doença e que procuram o serviço em busca de cura e àqueles que são usuários habituais ou dos programas, o senhor teria uma percentagem aproximada ?

Carlos: Sendo no município a nossa unidade de saúde (com 420 m², com 4 leitos para observação, posto de coleta de material para patologia clínica, já que não dispomos de laboratório, com consultórios de odontologia, consultório médico e de enfermagem, salas de pequenas cirurgias séptica e asséptica, sala de reuniões, medicamentos e vacinação ...) a referência de saúde é a nossa unidade em 90 a 95 % procura a unidade de saúde.

Com relação aos pacientes que procuram a unidade por uma questão curativa, ou pelas doenças crônicas e entre elas a lombalgia é a que mais se destaca, ou que procuram por algum atendimento odontológico ou mesmo por uma consulta, há uma predominância de 70 a 80 %. Mesmo com o PSF vindo com uma nova perspectiva, uma outra ideologia, isto ainda se tem tornado uma dificuldade dentro do município. Houve uma grande melhora, a população tem aceitado e entende a importância de se ter um programa com a finalidade preventiva a este montante, trazendo uma outra maneira de se estudar o problema.

Com relação aos grupos, onde nós temos grupos divididos dentro do Programa (temos grupos de hipertensos, diabético, gestantes, broncopatas, e ao que estamos iniciando agora e que é inovador pelo menos ao nível estadual, o de ansiedade e depressão ou seja os de dependentes de

bezodiazepínicos), o total de pacientes que participam destes grupos e de aproximadamente 200 a 230 habitantes.

Entrevistador: O que representa em torno de 10 % dos habitantes da cidade !!!!

Carlos: Só de hipertensos nós temos 120 cadastrados !!!!

Entrevistador: Com relação às visitas domiciliares por profissionais de nível superior e aos atendimentos no posto de saúde, vocês tem alguma relação ? Pois é um dos indicadores fidedignos da atuação do PSF.

Carlos: Temos. A proporção dos atendimentos no posto e visitas da equipe (e nós podemos dividir entre as visitas por profissionais de nível superior e as realizadas por profissionais de nível médio), no 1º ano do programa a carência de visitas era muito grande, a desproporção era grande. Nós fazíamos em torno de 250 a 300 consultas/mês no posto de saúde, enquanto que realizávamos um pequeno número de visitas, e quando muito, a relação visita/consulta era de 5/100. A partir de 1999 (2º ano do programa), isto foi percebido pela equipe como uma deficiência e foi também levado para a capacitação da equipe (que nos é dada e sempre atualizada pelo Núcleo de Capacitação que tem sede na UNISUL em Tubarão), nos foi dado um reforço pelos professores de Cuba e por outros profissionais que têm mais experiência na Saúde da Família aqui no estado, e o ideal aqui para Santa Catarina seria de 25 % das consultas realizadas pela rede pública seriam oferecidas a nível domiciliar por profissionais de nível superior. No último mês nós realizamos 20%, então estamos ficando mais tempo na comunidade e desta forma resolvendo problemas dentro dela. Um dos problemas recentes que podemos dar como exemplo de uma de minhas visitas foi a detecção (por um ACS) de infecções respiratórias de repetição em uma criança, que tinha internações hospitalares freqüentes e seguidas visitas da família ao centro de saúde, e também a nossa conduta de antibioticoterapia na unidade. Até então não havíamos realizado a visita domiciliar, e quando a fizemos, nós percebemos um fator desencadeante destes quadros reagudizados da criança: a família possuía um fogão a lenha onde 50% da fumaça permanece dentro da casa; esta criança se intoxicando, estando em contato num ambiente fechado, no inverno, deste modo fazendo a recidiva destes quadros respiratórios. Então o PSF indo na comunidade, visitando a casa se consegue resolver, consegue trabalhar muitas dificuldades que nós dentro do posto de saúde não teríamos condições de resolver.

Entrevistador: e quanto à história do serviço médico, do serviço de saúde de Santa Rosa de Lima, tendo como marco o PSF, como era o Serviço de Saúde antes do PSF e agora.

Carlos: nós tivemos uma iniciativa muito louvável da Prefeitura. Ela construiu uma unidade de saúde nova (o serviço oferecido antes era em uma área física muito pequena, nós temos como já frisei, uma área de 450 m²). O atendimento era estritamente curativo, onde um médico vinha duas vezes por semana e atendia uma média de 25 pacientes em 2 horas. O atendimento odontológico era precário e só curativo, com um profissional com 20 horas, e hoje nós temos 2 profissionais com um total de 40 horas e estamos ampliando em mais 10 horas; a ênfase na saúde bucal é muito forte. A incidência de casos agudos de abscessos na odontologia era muito grande, principalmente na infantil. Hoje em dia a procura por este motivo é rara. A prevenção bucal é feita maciçamente, com entrega de escova e dentifrício trimestralmente às crianças. Os pais acompanham os filhos no atendimento odontológico preventivo e curativo, e na escolas elas também têm atendimento preventivo e preventivo. O grupo de gestantes e de diabéticos também têm atendimento odontológico garantido. O município não tinha um médico que lá residisse durante a semana e hoje com o PSF nós temos esta oportunidade de possuímos um profissional médico durante 8 horas diárias na unidade—coisa que não havia na época—não possuíamos enfermeiro e agora temos, que é o Coordenador da Equipe, e enfermeiro na unidade. Temos uma assistente social que desenvolve suas atividades, temos dois odontólogos, temos uma psicóloga que vem uma vez por mês somente para acompanhar os grupos e também para atendimento individualizado, temos auxiliares de enfermagem que o município não tinha—e realizamos provas e supletivo para e para contratação pelo PSF, temos uma equipe capacitada dentro do PSF, temos uma ambulância —que antes não tínhamos nenhum meio de transporte para os casos de emergência, enfim, tudo isso não tínhamos a 3 anos atrás e hoje nós temos este trabalho.

Entrevistador: Que motivos levaram o CMS a adotar o PSF ? Talvez eles já tivessem idéia de que pudessem alcançar estes objetivos que Vossa. Sria. tem dito, está de altíssima qualidade. Eles tinham idéia de que pudessem chegar até ai, ou a população estava insatisfeita com o modelo que era oferecido até então ?

Carlos: Em parte a população questionava muitas coisas— e são relatos que eu acompanhei, em ata, toda a parte burocrática da prefeitura, das empresas, SES, Ministério, Tc, para implantação burocrática da equipe, não foi acompanhado por mim. Foi realizada pelo ex-secretário, Armênio Matias, que está no momento na UFSC, realizando um curso de doutorado na área de reabilitação (?), e segundo os relatos em ata e da CM que eu estive acompanhando lá, mostrou que a população estava insatisfeita com a maneira com que o município desenvolvia suas atividades na área da saúde. Por

exemplo, as pessoas precisavam se deslocar 20 Km para realizar um exame de sangue, hoje nós realizamos a coleta na própria rede. A população sentia dificuldade em ter um profissional médico que ficasse durante a semana em contato com ela, que fosse em casa visitar os seus familiares acamados, que hoje são visitados mensalmente, e além destes pacientes é visitada a própria família. Então a população cobrava isso nas CMS's, na CM que foi realizada pelo Armênio, e eu tive o grande prazer de ler e acompanhar isto. Todas estas solicitações foram atendidas (coleta de material na unidade de saúde, na ampliação da oferta odontológica, oferta de atendimento médico e de visitas domiciliares, oferta de medicamentos na rede—que não havia nada, e que nós organizamos e padronizamos uma lista de medicamentos na unidade, atendimento de emergência a de urgência que não era realizado, os primeiros socorros em casos de acidentes, pequenas cirurgias e suturas que não eram realizadas, enfim, tudo isso eram solicitações das CMS, e que hoje 90 % delas estão sendo contempladas e que tenho certeza que as 10 % restantes poderemos contemplar à comunidade até o final do ano e do mandato.

Entrevistador: Vocês acreditam que se superaram em relação às dificuldades ?

Carlos: Muitas dificuldades nós já conseguimos superar. Se nós formos analisar o que era o município, o que ele tinha a oferecer, onde você tinha um médico que vinha 2 vezes por semana, e que 50 pessoas eram atendidas neste dia, para ultrapassar isto havia dificuldade. Algumas pessoas ainda acham que o necessário para uma consulta são 5 minutos, outras pessoas saem satisfeitas e estas pessoas que reclamam e depois são atendidas em uma agendamento de consulta, ao saírem dela reconhecem que esta é a saída, é a alternativa. Dificuldades nós temos. Várias dificuldades já foram ultrapassadas com as soluções e com a proposta e nós estamos abertos dentro do CMS, onde nós inovamos as reuniões do Conselho: em vez de nós nos reunirmos centrados dentro da prefeitura ou mesmo da Unidade de Saúde com os membros do Conselho, nós nos reunimos com a comunidade. Nós estamos levando as reuniões do Conselho para as comunidades. Então onde cada conselheiro faz parte, nós nos reunimos com a sua comunidade, discutindo as reuniões do conselho nesta comunidade, para que esta comunidade possa reivindicar, para que nós possamos estar em contato com ela, que é uma das propostas do PSF.

Entrevistador: Como foi a implantação do modelo, ela foi gradual ou súbita ? De um dia para o outro foi implantado o PSF, ou ela foi acontecendo primeiro como por exemplo o PACS, ou simplesmente conferenciando e depois de muito planejar houve a implantação ?

Carlos: Primeiro nós fizemos o PE, mas antes nós temos que lembrar de toda a questão burocrática, como já frisei, do Armênio, que implantou lá o Programa, juridicamente, oficialmente, em portaria do Ministério, no DOU. Num segundo momento nós chegamos e pegamos o “barco andando”, onde nós solicitamos ao 4º (?) Núcleo de Capacitação da UNISUL em Tubarão, que realizasse o PE, para que nós pudéssemos implantar o PSF. E foi desta forma que ocorreu, nós fizemos várias capacitações no ano de 98, e de setembro a dezembro de 98 nós recebemos capacitação para toda equipe completa contratada (com 5 ACS's, 3 auxiliares de enfermagem, 1 enfermeiro e 1 médico). Isto foi gradual, nós tivemos que cadastrar as famílias, fazer levantamento dos problemas nas comunidades, confeccionar um mapa do município, então todas estas foram fases que nós ultrapassamos e a partir dali nós tivemos a real visão do município, onde nós sabíamos o que nós teríamos que fazer e de que maneira, e a meta de que íamos realizar isto. Hoje nós temos uma grande realização—em torno de 80 % das metas propostas em 98 e 99 foram atingidas e pretendemos ainda no ano 2000 completar o nosso objetivo.

Entrevistador: Então, na tua opinião, o modelo criado para vocês, de acordo com as necessidades de vocês, e de acordo com o que vocês esperavam funciona de forma regular boa ou mal ?

Carlos: Funciona de forma regular para bem. Por que regular ? Regular porque nós temos ainda que convencer a população de que este é O modelo, e aí nós temos uma questão cultural muito forte, em que as pessoas têm que perceber que saúde se faz com trabalho na comunidade, prevenção, debates, discussões, encontro de soluções compartilhadas com a comunidade... e aí eu diria que é regular. Bem, porque a oferta de serviços que nós temos hoje não é em qualquer município que oferece. Nós não podemos oferecer tomógrafos, aparelho de ressonância magnética, mas oferecemos aparelho de radiografia odontológica, oferecemos coleta de materiais (mas não temos um laboratório) a necessidade não comporta ainda, não temos um aparelho de radiografias médicas, mas nós temos uma qualidade de atendimento de urgência muito boa, uma oferta de serviços muito boa e isto faz com que nós possamos considerar que funciona bem. O regular é desmistificar a cultura da comunidade local de que isto vale a pena, que o objetivo é este e de que eles só têm a ganhar com este Programa, com esta iniciativa. E que é a única solução para outros municípios deste País, do nosso Estado venham a ter. O Ministério incentiva, faz um repasse financeiro favorável—em torno de R\$ 4.500,00 para quem consegue cobrir 70 % ou mais de sua população por equipe, quer dizer você tem um incentivo financeiro favorável hoje em dia.

Muitas coisas tem que melhorar ainda. O que era o município no início do ano de 97 e o que é o município hoje em 2000, as mudanças foram radicais.

Entrevistador: Era exatamente uma outra questão que eu queria abordar: vocês aumentaram em muito o quadro de funcionários da saúde (o quadro de servidores). Isto aumentou os encargos do município, para arcar com as despesas de saúde do município, ou bastou o repasse de verbas da União para o PSF ?

Carlos: nós podemos dividir isto em duas óticas: o que o MS repassava até out./99 era R\$ 2300,00 por equipe (e nós temos uma equipe). Com este valor não dava para pagar um único profissional médico. Um profissional médico recebe bruto, no estado, uma média em torno de R\$ 3000,00 a R\$ 3500,00. O município não tinha enfermeiro e agora temos, já possuía auxiliares de enfermagem que foram então capacitados, já possuía ACS's que foram capacitados para a nova função, e somente 2 dos 5 não fazem parte do quadro funcional e são prestadores de serviço. Se você for olhar o custo/benefício desta mão-de-obra que aumentou quando se contratou recursos humanos que aumentou quando se contratou odontólogos, psicólogo (uma vez ao mês), enfermeiro, assistente social... se você for somar este valor e se você for somar o que você gastava antes de 97 com um médico que vinha 2 vezes por semana, e o que você gastava com receitas de farmácia, o que se gastava com transporte— e aí vale frisar que quando assumimos a Unidade de Saúde, tínhamos um gasto mensal de R\$ 1200,00, assumimos a secretaria que possuía um veículo e hoje possuímos 2 com um gasto mensal de 800 a 900 reais (fora o aumento do insumo, do litro de gasolina e de diesel que ocorreu de 98 para cá), se você for olhar o gasto com as receitas aviadas em farmácias, com internações particulares. Empatando agora com as verbas que o MS repassou, dobrando os recursos para quem cobre mais do que 70 % da população, você está tendo lucro, não digo financeiro, mas em qualidade de vida e político, por que não para a administração 97-2000 lá em SRL, onde tenho certeza que será reconhecido o trabalho que está ocorrendo.

Entrevistador: Só lembrando, a verba repassada até outubro de 99 era de ...

Carlos: ...R\$ 2300,00 por equipe, hoje quem cobre mais do que 70 % é de R\$ 4500,00 por equipe. Você consegue pagar o médico e o enfermeiro. Têm-se ainda os outros repasses: o PAB; o PAB fixo (em torno de R\$1500,00); com mais R\$ 4500,00 chego(?) até R\$ 6000,00; mais o repasse financeiro para a farmácia básica; de 300 a 400 Reais; mais o repasse para os AC's de R\$ 900,00. Então se tem um repasse do MS, fundo-a-fundo de mais ou menos R\$ 7500,00 a R\$ 8000,00/mês e se consegue manter a unidade funcionando com as contas de materiais de consumo, farmácia, medicamentos para os grupos

(nós gastamos hoje em dia aí 1500 comprimidos de METILDOPA ao mês, fora os medicamentos do grupo de cardiopatias, e nós temos um custo irrisório com farmácia comparado com o que se gastava há três anos).

Entrevistador: Quer dizer que o município que implanta o PSF de maneira eficiente não precisa remanejar grandes quantidades de verbas , se é que ele necessita fazê-lo, de outros setores como a educação ou a infra-estrutura. Não precisa e pode oferecer um Serviço de qualidade ?

Carlos: Exatamente. Pode oferecer um serviço de qualidade e não vai Ter um prejuízo financeiro nisto. O grande engano dos prefeitos é que é um absurdo se pagar R\$ 3500,00 para um médico e R\$ 1500,00 para um enfermeiro. Com isto ele contrata 3 médicos, só que ele não tem qualidade de atendimento, ele não tem resolutividade e estará sempre aumentando suas despesas. É claro que ele terá um custo que será totalmente compensado pela qualidade da atenção em saúde primária que o município possa oferecer implantando o PSF.

Entrevistador: O que o Sr. acha que há de notável no trabalho em SRL ?

Carlos: O que mais me vem à memória é que a comunidade participa, e isto é uma das propostas que o PSF traz....

Entrevistador: Cidadania...

Carlos: Exatamente. A efetiva participação da população nas decisões do CMS, nas tomadas de rumos que nós temos que fazer, enfim, nas participações dos grupos (no grupo de hipertensos, eles nunca tiveram a oportunidade de estar num grupo de vivência discutindo, mostrando situações de importância de se ter uma equipe, um médico, um enfermeiro envolvidos discutindo sobre o que é ter pressão alta, sobre os cuidados e as alternativas de se cuidar). Então se consegue passar para eles que não é a administração mudando que vai se acabar (o trabalho). Só vai acabar se eles cruzarem os braços e não continuarem pleiteando e cobrando que estas atividades tenham uma continuidade e sejam duradouras.

Entrevistador: Na sua opinião, quais as limitações do modelo lá em SRL, quais as deficiências, o que poderia ser aplicado para se melhorar o funcionamento ?

Carlos: Duas das dificuldades que nós temos são a cobrança por parte da população pelo atendimento odontológico para adultos (nós priorizamos nos dois anos em que estamos lá, o atendimento destinado às crianças da área da saúde bucal, então para os quatro dias de atendimento da semana, destinamos 3 dias para atendimento das crianças da escola, um dia para adultos e um dia para gestantes. Boa parte da população adulta se sente prejudicada porque

não há uma oferta grande de atendimento odontológico. Nós conseguimos argumentar que se os pais não conseguem atendimento é porque o seu filho está na escola está sendo atendido, não só na parte preventiva como também como na curativa, e temos a certeza que a população vai conseguir trabalhar e saber que precisamos enfatizar e cobrar a parte preventiva de seus filhos para que no futuro eles não ocupem o lugar de seus pais com vários dentes perdidos e deteriorados, com uso de próteses dentárias, enfim, serão os futuros pais com uma arcada dentária saudável.

O outro ponto que nos é cobrado é a questão de oferta de consultas na Unidade de Saúde. Nós já tínhamos falado que deveríamos estar mais no campo e menos na Unidade de Saúde, ou pelo menos estar 25% do tempo na comunidade. Isto fez com que nós inovemos agora, levando o atendimento nas comunidades uma vez por mês, em cada comunidade distante, haja visto que o município tem comunidades a 20 ou 25 Km da sede; então nós vamos levar o atendimento nas escolas do interior naquele dia e vamos estar em contato com as crianças fazendo uma avaliação médica e de enfermagem das crianças e dos adultos também. Mesmo assim nós temos um dia específico do mês para o agendamento de consultas, e isto a população ainda não conseguiu entender, apesar de que nós temos horários vagos para consultas de urgência durante os dias da semana tanto de manhã quanto de tarde, e as pessoas que vêm com algum quadro agudo (como lombalgias, suturas, cefaléia, resfriado, enfim, qualquer quadro agudizado), são atendidos no mesmo dia, pois nós temos um horário reservado para estes atendimentos. E a população acha que com o tempo nós temos que deixar aberto para consultas, mas nós temos um programa a seguir, nós temos uma proposta a cumprir, então nós temos agora para tentar equilibrar isto, e fazer a população entender que se nós estivermos na comunidade com eles nós vamos estar resolvendo o problema lá. Eu tenho certeza que este ano estas duas reivindicações serão entendidas pela comunidade e assim nós poderemos trabalhar com mais tranquilidade com a comunidade.

Entrevistador: Sr. Carlos, o senhor se sente orgulhoso pelo trabalho que está desenvolvendo em SRL ?

Carlos: Sem dúvidas ! É um trabalho que me gratifica. Na época em que nós trabalhamos na prefeitura de Santo Amaro nós tentamos fazer este convênio com o MS mas não foi possível, por questões do próprio MS que até hoje ainda não sabemos, e tivemos a oportunidade de receber o convite para assumir SRL e lá iniciarmos o PSF, então era uma aspiração pessoal minha ter a oportunidade um dia de desenvolver estas atividades em um município. Como enfermeiro, Coordenador e Secretário da Saúde no PSF faz com que a

gente possa realizar um sonho (e é um sonho meu que está sendo realizado agora), e isto traz orgulho pelo que você consegue: ter um atendimento preventivo na saúde bucal, que é um indicador de saúde e a meta agora do MS é de 0 a 14 anos, então nós estamos abrindo um leque em que desde antes que a criança nasça, ela já faz parte no grupo de gestante onde a mãe recebe orientações do médico, da psicóloga mas também do odontólogo. Isto faz com que a gente possa dar uma qualidade grande de Saúde Bucal, onde nós temos consultas com o médico de família, agendamento garantido para a puericultura, para a gestante, ao diabético (no grupo ele tem a liberdade de consulta, que está reservado para ele), para o hipertenso no dia do grupo, para o broncopata, para o grupo de ansiedade e depressão. Então isto faz com que a gente possa ofertar uma qualidade de vida nas pequenas cirurgias, no atendimento individual e no coletivo, nas residências durante as visitas domiciliares. Não vejo outra alternativa para nós dentro da saúde pública no país, onde os municípios não invistam na saúde pública.

Entrevistador: Eu gostaria de agradecer esta figura admirável que é o Sr. Carlos, neste trabalho fantástico que ele está desenvolvendo lá em SRL, e que se tudo permitir, se for assim designado, muitos lugares no país estarão com figuras assim como o Carlos. Esta entrevista foi concedida no dia 1º de abril de 2000, e não é uma mentira, aliás, vamos verificar agora se todos estes indicadores, todos estes dados colhidos aqui desta fonte são verdadeiros, e até onde nós poderemos averiguar a satisfação da população com este modelo de assistência de saúde e o quanto ele é efetivo (nós já possuímos dados de efetividade de outras localidades e mesmo de SRL, da resolutividade do modelo), que aponta o PSF como uma das saídas, ou pelo menos a principal saída para a situação caótica que está se instalando na saúde no Brasil e mesmo de mundo em desenvolvimento.

Carlos, eu gostaria novamente de agradecer, e se você tiver mais alguma coisa para passar para a gente aqui...o espaço é seu.

Carlos: Eu só gostaria de deixar o nosso agradecimento, e embora hoje, apesar de hoje ser 1º de abril, não é uma mentira, nosso trabalho é sério e dedicado, tanto que no ano de 99, em novembro, participamos da Primeira Mostra Nacional de Saúde da Família, onde nós fomos selecionados e convidados a apresentar o nosso trabalho, e isto muito honra o nosso estado, à região de Tubarão e ao município, onde nós pudemos mostrar o que está sendo feito em SRL, e receber até o reconhecimento da Coordenadora Nacional—a Dra. Heloísa, e a nível estadual—de um dos Coordenadores, um dos baluartes, um dos incentivadores, o nosso grande colega e profissional de suma competência em Saúde Pública—o Professor Marco Da Ros, que estava lá conosco e acompanhou o nosso trabalho e a nossa apresentação, onde nós

tivemos grandes elogios, tanto que a Dra. Heloísa veio nos parabenizar pelo nosso trabalho desenvolvido lá.

É uma luta e nós estamos aí desenvolvendo nossas atividades, e esperamos que este trabalho possa ser uma fluidificação, possa ter um desenvolvimento grande em todos os municípios do Estado de Santa Catarina.

É a única alternativa dentro Saúde Pública viável neste país.

Um abraço a todos, e esperamos ter uma nova oportunidade, na qual estaremos de braços abertos lá em SRL para que o nosso colega Márcio, que está realizando o seu trabalho, possa comprovar *in loco* com a sua Monografia a experiência de SRL, dentro do PSF.

Um abraço a todos.

_____ Fim da entrevista _____

TCC
UFSC
SP
0023

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC SP 0023

Autor: Dginkel, Márcio He

Título: O impacto da implantação do Prog



972809031

Ac. 254101

Ex.1 UFSC BSCCSM

